

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 268

CONSIDÉRATIONS

SUR

4695 Rapports d'expertise

POUR

Lésions Oculaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René TESTAS

Médecin aide-major de 2^e classe, né à Castres (Tarn),
le 18 janvier 1892

TOULOUSE

IMPRIMERIE V^e BONNET

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1920

CONSIDÉRATIONS

SUR

4695 Rapports d'expertise

POUR

Lésions Oculaires

CONSIDÉRATIONS

SUR

4695 Rapports d'expertise

POUR

Lésions Oculaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René TESTAS

Médecin aide-major de 2^e classe, né à Castres (Tarn),
le 18 janvier 1892

TOULOUSE

IMPRIMERIE V^e BONNET

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

—
1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENC..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales.....	BERARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET
Clinique ophtalmologique.....	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	WEILL
Clinique des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.....	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENC
Chimie biologique.....	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREAU
Matière médicale et Botanique.....	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARJET
Anatomie.....	POLICARD
Anatomie générale et Histologie.....	DOYON
Physiologie.....	COLLET
Pathologie interne.....	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PIVOT
Anatomie pathologique.....	X...
Médecine opératoire.....	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.....	ETIENNE MARTIN
Médecine légale.....	COURMONT (P.)
Hygiène.....	PIC
Thérapeutique.....	FLORENCE
Pharmacologie.....	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégé
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements.....	COMMANDEUR, —
Embryologie.....	X..., —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique.....	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD, —
Clinique infantile.....	X..., —
Déontologie et médecine vétérinaire.....	X..., —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	THEVENOT (Léon)	FROMENT	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
LAROYENNE	CADE	PIERY	FAYRE id.
VORON	GUILLEMARD	COTTE	GRAVIER id.
NOGIER	GARIN	DUROUX	ROUBIER id.
BRETIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. le Professeur ROLLET, Président; NOVE-JOSSERAND, Assesseur;
MM. TAVERNIER et DUROUX, Agrégés

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Qu'elle veuille bien trouver ici
l'expression de ma reconnaissance
infinie et de ma très profonde et
respectueuse affection.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MA BELLE-MÈRE ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE ET MON ONCLE **VALETTE**

A MA TANTE ET MON ONCLE **MOFFRE**

A MA COUSINE **VALETTE**

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE
DE MES CAMARADES ET DE TOUS MES AMIS

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROLLET

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon
Chirurgien des hôpitaux

Il nous a guidé au cours de ce travail et nous fait le grand honneur de présider cette thèse, dont il nous a donné l'idée première. Qu'il veuille bien voir ici l'expression de notre gratitude et de notre entier dévouement.

A Monsieur le Docteur BOUCHUT

Médecin des hôpitaux de Lyon

En souvenir de notre séjour commun au front et en reconnaissance de l'amitié qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Médecin-Inspecteur SIMONIN

Officier de la Légion d'honneur
Directeur de l'Ecole du Service de Santé

Respectueux hommage.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE ET DE LYON
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES JUGES

AVANT-PROPOS

En janvier 1919, rappelé au centre d'instruction de Lyon, pour y poursuivre notre scolarité interrompue par cinquante et un mois de guerre, nous étions affecté comme stagiaire au centre ophtalmologique de la XIV^e région.

M. le professeur ROLLET, médecin principal et médecin chef de ce Centre, nous y a réservé l'accueil le plus bienveillant dont nous tenons à le remercier dès le début de ce travail. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance de nous avoir, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'Hôpital militaire de Desgenettes, guidé, depuis plus d'un an, de ses conseils si autorisés.

Nous étions attaché au service des pensions, qu'assurait M. le médecin-major GENÊT, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon, et nous n'aurions garde d'oublier toute la sympathie qu'il nous a toujours témoignée, ni la cordialité avec laquelle il a mis à notre disposition les résultats de son expérience. Nous avons suivi, avec beaucoup d'intérêt, le service des consultants et des ma-

lades en traitement, dont avait à s'occuper M. le médecin aide-major Bussy. Qu'il veuille bien accepter tous nos remerciements pour l'extrême obligeance et l'amabilité dont il fit preuve à notre égard.

Ainsi dirigé, nous ne pouvions que nous intéresser à l'ophtalmologie et en particulier aux expertises des lésions oculaires de guerre. Il nous a été permis de collaborer, dans une faible mesure il est vrai, à un grand nombre d'entre elles ; mais suffisamment, pour nous rendre compte des difficultés et des différents problèmes qu'elles soulèvent en pratique.

INTRODUCTION

Dès le début de la guerre, en présence du nombre toujours croissant des blessés oculaires, le sous-secrétariat d'Etat du Service de Santé fut amené à organiser, dans toute l'étendue du territoire, des centres spéciaux, où seraient dirigés les blessés, hélas ! trop nombreux, de cette catégorie.

Chaque région fut dotée d'un centre ophtalmologique. Celui de la XIV^e région a fonctionné du 1^{er} novembre 1914 au 3 mai 1919, sous la haute direction de M. le professeur Rollet. Trois tâches étaient dévolues à ce centre important. Il assurait les consultations pour les malades de la garnison de Lyon, le traitement des blessés qui lui étaient envoyés des armées, les expertises des lésions oculaires en vue des pensions et gratifications. Ce dernier rôle ne fut ni le moins important, ni le moins lourd, si l'on en juge par le nombre de décisions qui furent prises sous la forme de 4.695 rapports médico-légaux militaires.

Il nous a paru intéressant de présenter l'ensemble des affections oculaires qui se sont révélées à

l'ophtalmologiste à l'occasion de ces expertises, et les évaluations d'invalidité qu'il a été amené à formuler à leur sujet. Mais, auparavant, il nous a semblé utile de donner la législation qui régit l'expertise des lésions oculaires en général. En terminant, nous essaierons de préciser la conduite à tenir du médecin expert en présence des affections oculaires de guerre.

Exposer les lois et décrets auxquels doit se référer l'ophtalmologiste expert tant en matière civile que militaire, donner une idée aussi précise que possible des lésions oculaires qu'il a eues à examiner, et des évaluations d'invalidité qu'il a eues à prononcer du fait de la guerre 1914-1918, préciser sa conduite à tenir, dégager de toutes ces considérations quelques conclusions particulièrement intéressantes, tel sera notre but.

CHAPITRE PREMIER

L'expertise d'une lésion oculaire.

De la législation qui régleme l'expertise d'une affection oculaire, tant en matière civile que militaire, nous ne retiendrons que les lois et décrets intéressant particulièrement et directement l'ophthalmologiste expert.

Néanmoins, à propos de chacune des lois, il nous a paru utile d'en poser le principe général, puisque c'est à son occasion qu'est née l'expertise, et d'en faire connaître les conséquences principales pour l'accidenté ou le blessé. Nous terminerons cet exposé par un parallèle entre la législation civile et militaire d'une part, et entre les diverses législations militaires d'autre part.

A. — EN MATIÈRE CIVILE

Loi du 9 Avril 1898.

C'est la loi qui s'applique d'une façon générale à tout accident du travail.

Principe de la loi. — Elle repose sur le principe du risque professionnel qu'elle a fait admettre en France et rend l'entreprise, c'est-à-dire le patron ou l'assurance qui le représente, responsable des accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail, à l'exclusion de ceux qui sont intentionnellement provoqués.

Conséquence. — Tout accidenté de travail doit être, de ce fait, dédommagé. Il l'est sous la forme d'une indemnité forfaitaire, calculée sur la base du demi-salaire. Cette indemnité ne commence à courir que le cinquième jour après l'accident si l'incapacité est inférieure à dix jours, et à partir du lendemain de l'accident si l'incapacité dure plus de dix jours. Cette indemnité est allouée à l'ouvrier pendant la durée du traitement, si l'incapacité est temporaire.

Mais l'incapacité, au lieu d'être temporaire, peut être permanente, et il y a lieu de distinguer ou bien si cette incapacité est totale, ou bien si elle est partielle. Dans le premier cas, elle entraîne le dédommagement par une rente égale aux deux tiers du

salaire moyen de la dernière année ; dans le deuxième cas, le dédommagement est calculé d'après la moitié de la diminution de capacité de travail entraîné par l'accident.

Notons que l'accidenté a le libre choix du médecin dont il veut recevoir les soins.

Rôle de l'ophtalmologiste expert. — Celui-ci peut être requis dans trois conditions : 1° Au moment de l'accident, pour délivrer un certificat dans lequel il constate le degré de la lésion et les conséquences probables ; 2° quelque temps après, pour fournir au juge de paix un rapport sur l'accidenté ; 3° plus tard, pour établir un rapport médico-légal, demandé par le tribunal de première instance ou la Cour d'appel, sur l'état de la victime et les conséquences de la blessure.

Que ce soit dans l'une ou l'autre de ces circonstances, le médecin oculiste expert est avant tout tenu d'estimer le dommage causé par l'accident et d'évaluer ces conséquences au point de vue professionnel, c'est-à-dire de déterminer l'incapacité de travail qui en résulte.

Cette incapacité est fonction de deux éléments : a) des lésions causées par l'accident : c'est l'incapacité propre ; b) de différents facteurs surajoutés : c'est l'incapacité relative. L'incapacité propre et l'incapacité relative forment, par leur ensemble, l'incapacité complète.

L'incapacité relative peut donc faire varier l'incapacité complète en plus ou en moins, d'où l'im-

portance toute particulière que revêt son évaluation. Les éléments qui la déterminent sont étrangers à l'accident, mais sont dépendants soit de l'état des yeux, soit de la profession de l'accidenté.

C'est ainsi que, dans une évaluation d'incapacité provenant d'une lésion oculaire, il y a lieu de tenir compte de l'importance professionnelle de l'œil lésé, de son état antérieur, de l'état de l'œil resté indemne d'une part, et, d'autre part, de l'acuité visuelle physiologique nécessaire pour exercer le métier, c'est-à-dire de l'acuité visuelle professionnelle, soit centrale, soit périphérique.

Pour l'exercice de certaines professions, il est nécessaire d'avoir une acuité visuelle *supérieure* (au moins égale à $\frac{2}{3}$ des deux yeux), d'autres métiers exigent seulement une acuité visuelle *inférieure* (égale à $\frac{2}{3}$ d'un œil et $\frac{1}{3}$ de l'autre). Telle profession demandera un champ visuel plus ou moins normal, telle autre une vision binoculaire plus ou moins parfaite, telle autre, enfin, une intégrité plus ou moins absolue des fonctions musculaires de l'œil.

Dans ces conditions, l'on conçoit que le dommage à lésions égales puisse varier d'un accidenté à l'autre. Un même dommage anatomique et physiologique subi par deux accidentés de métier différent n'entraîne pas forcément un dommage professionnel égal pour l'un et pour l'autre.

Certains auteurs, et en particulier Groenow, en Allemagne, ont cherché à donner une formule mathématique permettant d'évaluer l'incapacité de

travail déterminée par une baisse de l'acuité visuelle physiologique. Mais il ne peut exister de formule générale s'appliquant à toutes les professions, tout au plus peut-on dresser la liste des métiers qui exigent pour les exercer une acuité visuelle soit *supérieure*, soit *moyenne*, soit *inférieure*, et tenir compte dans l'évaluation du dommage de la catégorie dans laquelle rentre le métier de l'accidenté. En pratique, pour évaluer l'acuité visuelle professionnelle, on peut se baser sur cette conclusion de Sulzer que, sauf pour les métiers exigeant une acuité visuelle spéciale, elle est égale au double de l'acuité visuelle physiologique, tant que celle-ci demeure égale ou au dessus de 0,15.

En règle générale, pour évaluer la diminution de capacité de travail produite par une lésion oculaire, il faut tenir compte de l'incapacité provenant de la baisse d'acuité visuelle, binoculaire et de celle provenant des différentes lésions de l'œil et de ses annexes. Dans ce but, des guides barèmes ont été établis; nous signalerons, en particulier, celui du docteur Caillaud (*Guide du médecin oculiste*).

Pour évaluer le dommage résultant de la baisse de la vision binoculaire, des tableaux ont été dressés. Nous reproduisons celui de M. le professeur Rollet et celui de MM. Parinaud et Lagrange, imité de Maschke.

Nous indiquons aussi la méthode préconisée par le *Guide barème des Invalidités*, annexé au décret ministériel du 24 mars 1915, et dont une partie a été empruntée à Zéhender.

1^o Evaluation de l'incapacité de travail d'après l'acuité visuelle
binoculaire.

(Professeur ROLLET).

Acuité	1-2/3	1/2	1/3	1/4	1/5	1/7	1/10	1/15	1/20	0
	°/°	°/°	°/°	°/°	°/°	°/°	°/°	°/°	°/°	°/°
1-2/3	0	0	7	12	12	16	18	24	24	30
1/2	0	5	12	12	16	21	26	26	32	37
1/3	7	12	22	22	26	26	28	38	42	44
1/4	12	12	22	37	37	41	45	49	54	58
1/5	12	16	26	37	48	53	57	60	65	69
1/7	16	21	26	41	53	60	64	68	72	76
1/10	18	26	30	45	57	64	71	75	78	86
1/15	24	26	33	49	60	68	75	78	82	93
1/20	24	32	38	54	65	72	78	82	89	100
0	30	37	42	58	69	76	86	93	100	100

2° Evaluation de l'incapacité de travail d'après l'acuité visuelle
binoculaire.

(MASCHKE, PARINAUD, LAGRANGE).

Acuité	1-2/3	1/2	1/3	1/4	1/5	1/7	1/10	1/15	1/20	0
	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰	‰
1-2/3	0	0	5	10	10	15	15	20	20	25
1/2	0	5	10	10	15	20	25	25	30	35
1/3	5	10	25	25	30	30	30	40	45	55
1/4	10	10	25	40	40	45	50	55	60	65
1/5	10	15	30	40	55	60	65	70	75	80
1/7	15	20	30	45	60	70	75	80	85	90
1/10	15	25	35	50	65	75	85	90	95	105
1/15	20	25	40	55	70	80	90	95	100	115
1/20	20	30	45	60	75	85	95	100	110	125
0	25	35	55	65	80	90	105	115	115	125

3^e Evaluation de l'incapacité de travail déterminée par la baisse de la vision d'après la méthode préconisée par le guide barème de 1915.

A. — *Perte partielle de la vision d'un côté.*

L'œil étant estimé à 30 % et la vision calculée en dixième, à chaque perte de dixièmes visuels correspondra une perte de dixième de 30, soit 3,0. Exemple : un sujet perd 7/10 de la vision d'un œil, il perdra donc $3,0 \times 7 = 21$ % de la vision totale de cet œil, soit 20 %.

B. — *Perte de la vision d'un côté et diminution de la vue de l'autre côté.*

Acceptons l'évaluation de Zéhiender. La cécité étant taxée à 100 % et la perte de vision d'un œil à 33 %, l'autre œil vaudra donc $100 - 33,3 = 66,66$. D'une manière générale, on arrêtera l'évaluation à 30 % et 70 %. Un œil représente donc très approximativement le tiers de la vision totale et l'autre les deux tiers. Soit le cas concret de la perte de vision d'un côté et de la perte partielle de 4/10 de la vision de l'autre côté. La perte partielle de la vision du second œil sera calculée d'après les données qui précèdent. Ce second œil représente les deux tiers de la vision totale, soit 70 %, à chaque perte de dixième correspondra une perte de 70 %, soit 7,0.

La perte partielle étant de quatre dixièmes, elle équivaldra à $4 \times 7,0 = 28 \%$. Le taux global d'invalidité correspondra à $30 + 28 = 58 \%$.

C. — *Affaiblissement de l'acuité visuelle aux deux yeux.*

a) Si la vision est aux deux yeux supérieure ou égale à cinq dixièmes, chaque œil comptera pour un tiers. Exemple : acuité visuelle abaissée à sept dixièmes aux deux yeux, la perte subie est donc de trois dixièmes pour chaque œil. Chaque œil comptant pour un tiers, soit 30% , la perte respective sera représentée par $(3 \times 3,0) + (3 \times 3,0) = 9,0 + 9,0 = 18 \%$.

b) Si la vision est à un œil supérieure ou égale à cinq dixièmes et inférieure à ce chiffre à l'autre, l'œil le moins atteint comptera pour les deux tiers, l'œil le plus atteint pour un tiers. Exemple : vision abaissée à sept dixièmes pour un œil et à quatre dixièmes pour l'autre, la perte est de trois dixièmes pour l'un et de six dixièmes pour l'autre. Le premier qui est le moins atteint comptera pour les deux tiers et aura subi une perte de $3 \times 7,0 = 21 \%$, tandis que le second qui est le plus atteint comptant pour un tiers aura subi une perte de $6 \times 3 = 18 \%$; le total global s'élevant ainsi à $21 + 18 = 39 \%$.

c) Si la vision est aux deux yeux inférieure à cinq dixièmes, l'œil le plus atteint comptera pour

les deux tiers et le moins atteint pour le tiers. Exemple : cas où la vision est abaissée à trois dixièmes d'un côté et à quatre dixièmes de l'autre. Le plus atteint est celui qui a perdu sept dixièmes et le moins atteint celui qui a perdu six dixièmes. Le premier comptera pour les deux tiers, et le second pour le tiers. La perte subie par le premier équivaldra donc à $7,0 \times 7 = 49 \%$, et la perte subie par le second équivaldra à $6 \times 3,0 = 18 \%$, soit un total global de $49 + 18 = 67 \%$.

B. — EN MATIÈRE MILITAIRE

La législation qui régit l'expertise oculaire chez un militaire a passé par trois étapes, marquées successivement par la loi de 1831, les décrets des 13 février 1906 et 24 mars 1915, et loi du 31 mars 1919.

a) Loi de 1831.

Principe. — L'armée est une armée de métier composée de soldats et d'officiers qui s'engagent à servir l'Etat. Celui-ci, en retour, leur donne une solde d'activité et une retraite calculée d'après le nombre d'années de service et le nombre de campagnes jusqu'à concurrence de cinquante annuités.

Conséquences. — Les blessures et les infirmités interrompent la durée du service des militaires. De

ce fait, celui-ci est privé de la jouissance partielle de ses droits; pour l'en dédommager, l'Etat crée, au profit du militaire, une indemnité compensatrice des annuités qui lui sont ainsi enlevées.

La forme de cette indemnité est la pension qui est due en raison du degré d'*incapacité professionnelle de servir* dans l'armée. Le taux dû est calculé d'après le taux de la pension pour annuité de service.

La maladie ne donne pas droit à la pension et pour en être justiciable, les blessures et infirmités doivent revêtir un caractère rigoureux d'incurabilité et de gravité. Leur origine et leur relation avec le service doit être de plus démontré par le postulant à la pension.

Rôle de l'ophtalmologiste expert. — Les blessures et infirmités pour donner droit à la pension doivent être : 1° Graves et incurables; 2° empêcher le militaire de reprendre son service. Le médecin expert oculiste est donc chargé, aux termes de cette loi, de déclarer si une lésion oculaire remplit ces conditions. Pour le guider dans son appréciation, les lésions oculaires ont été réparties parmi les six classes de l'échelle de gravité, établie par la décision du 27 juillet 1887. Nous donnons celles qui nous intéressent, en indiquant le pourcentage d'invalidité qu'en pratique on leur a fait correspondre.

1^{re} classe (100 %).

Cécité ou perte absolue et irrémédiable de la vue.

4^{me} classe (80 %).

N° 4. Mutilation étendue de la face, comprenant à la fois l'œil, l'orbite et le maxillaire supérieur du même côté.

5^{me} classe (65 %).

N° 13. Paralysie d'un muscle de l'œil.

N° 20. Destruction, atrophie d'un œil ou perte complète de la vision.

N° 21. Perte de la vue d'un côté, diminution de la vue de l'autre côté, affaiblissement de l'acuité visuelle inférieure à 1/4 des deux côtés (ophtalmie granuleuse, irido-choroïdite, atrophie papillaire).

N° 22. Déformation des paupières, des voies lacrymales.

b). Décrets du 13 février 1906 et du 24 mars 1915

La loi de 1831 ne vise, parmi les infirmités oculaires, que celles qui sont incurables et graves, et correspondant, en pratique, au taux d'incapacité de 65 %, 80 % et 100 %. Elle laisse sans réparation, un nombre considérable d'affections oculaires, les unes graves, mais non incurables; les autres incurables, mais ne pouvant être jugées assez graves pour mériter une pension. Afin de combler cette lacune, un décret ministériel, inspiré de la loi de 1898, en date du 13 février 1906, établit le régime

des gratifications de réforme renouvelables, en faveur des militaires non officiers pour les infirmités déterminant une diminution de capacité de 10 à 30 %. Ce décret présentait de sérieux inconvénients. En effet, une infirmité oculaire curable, mais amenant une incapacité temporaire totale, ne pouvait recevoir une indemnité supérieure à celle prévue pour une invalidité de 30 %. D'autre part, une blessure ou infirmité oculaire entraînant une diminution d'aptitude au travail comprise entre 30 et 60 %, même incurable, ne pouvait recevoir qu'une gratification égale à 30 %.

Dès les premiers mois de la guerre, il devint évident que les taux d'invalidité envisagés jusqu'à ce moment, ne permettaient pas d'indemniser équitablement nombre de blessures ou infirmités. Un remaniement complet du système des gratifications eut lieu et les dispositions nouvelles furent sanctionnées par les décrets du 24 mars 1915.

Ce décret permet, dès lors, d'envisager le classement des infirmités ou blessures oculaires en catégories correspondant à une réduction de capacité égale successivement à 100 %, 80 %, 60 %, 50 %, 40 %, 30 %, 20 %, 10 %. Une gratification soit permanente, soit temporaire, correspond à chacune de ces catégories, suivant que la blessure ou l'infirmité oculaire est incurable ou curable.

D'après cette réglementation, le rôle de l'ophtalmologiste expert consiste donc à évaluer l'incapacité du travail, résultant de la blessure ou de l'infirmité, et de déclarer si elle est définitive ou non.

Pour obtenir une unification relative dans l'appréciation des divers experts sur un cas donné, la Commission consultative médicale institua un guide barème des invalidités dont nous reproduisons plus loin la partie relative à la détermination de l'incapacité provenant des différentes lésions de l'œil et de ses annexes. Pour évaluer celles provenant de la baisse de la vision binoculaire, la méthode préconisée est celle que nous avons reproduite. Au Centre ophtalmologique de la XIV^e région, il a été aussi fait usage des tableaux dressés par M. le professeur Rollet et par MM. Parinaud et Lagrange.

c) **Loi du 31 mars 1919.**

Principe. — L'armée ne constitue pas une armée de métier, mais se confond avec la nation; et le service militaire étant obligatoire et universel, constitue un devoir social. L'Etat qui prend ainsi tous les hommes pour en faire des soldats, doit être tenu de leur assurer les moyens d'existence, ainsi qu'à leur famille, durant leur présence sous les drapeaux d'abord, et ensuite après la cessation de leur service militaire, si, à ce moment, du fait de la guerre, ou par le fait ou à l'occasion de service, ils sont devenus incapables de les assurer par eux-mêmes, soit qu'ils soient morts ou disparus, ou qu'ils soient atteints de blessures ou de maladies.

Conséquences. — Dès le premier article de la loi,

est proclamée la reconnaissance du pays envers les morts et les mutilés et leur droit à une réparation.

Celle-ci est due d'après la diminution des facultés générales de travail, tout en tenant compte de la solde, c'est-à-dire du grade et des services.

La forme sous laquelle s'effectue ce dédommagement est la pension ou bien définitive, quand l'infirmité est incurable dans tous ses éléments, ou bien temporaire, quand l'infirmité est curable. Le taux de la pension est calculée d'après le degré d'invalidité apprécié de 5 en 5, de 10 à 100 %.

La maladie est assimilée à la blessure, à condition qu'elle provienne du service ou qu'elle soit aggravée par lui ou les événements de guerre.

Le blessé, le malade ou l'infirme bénéficie toujours de la présomption d'origine, quand celle-ci n'est pas nettement démontrée et a droit, lors des examens médicaux qu'il subit en vue de l'obtention de la pension, de se faire assister d'un médecin civil. Ce dernier fait est nouveau en législation, et consacre le principe de l'expertise médicale contradictoire.

Enfin, tout comme l'accidenté de travail, le blessé de guerre renvoyé dans ses foyers, est libre de choisir le médecin dont il veut recevoir les soins.

Rôle de l'ophtalmologiste expert. — Il ne diffère guère de celui qui résultait du décret de 1915 et consiste à évaluer le préjudice causé à la personne physique, par la blessure ou la maladie et par rapport à la capacité individuelle de travail. Le mé-

le médecin expert oculiste doit, en somme, évaluer la diminution d'aptitude de l'individu à gagner sa vie. Cette évaluation, il peut avoir à la faire dans diverses circonstances : soit comme expert militaire, près des commissions de réforme, soit commis par le tribunal départemental des pensions, par la cour régionale des pensions ou par le ministre; soit, enfin, comme ophtalmologiste expert assistant du blessé, malade ou infirme.

Le principe d'aggravation d'une maladie oculaire par les fatigues de guerre ou par le service étant admis par cette législation, le médecin expert oculiste aura donc à évaluer dans quelle mesure elle l'aura été. C'est un point qui sera souvent délicat à élucider.

Un guide barème a été annexé à cette loi, il servira de guide au médecin oculiste expert dans l'appréciation des invalidités dont le taux est réparti de 10 à 100 % par échelons de 5 en 5, ce qui permet d'indemniser à peu près sûrement tous les dommages physiques de guerre.

De par l'article 65 de la loi 1919, à titre transitoire, il est vrai, et pour l'appréciation des invalidités provenant de la guerre actuelle, l'ophtalmologiste expert est tenu d'appliquer le régime d'invalidité le plus favorable au blessé ou au malade et de choisir, à l'avantage de l'expertisé, le pourcentage le plus élevé. Il sera donc amené de comparer pour beaucoup de cas, l'échelle de gravité et les guides barèmes, c'est pour cela qu'il nous a paru utile de reproduire un tableau comparatif des inva-

l'idités telles qu'elles sont appréciées par la loi de 1831, le décret de 1915 et la loi de 1919.

Barèmes des invalidités déterminées d'après :

A. — Les lésions de l'œil.

Il est nécessaire d'établir en règle générale que, en aucun cas, les troubles fonctionnels oculaires, sans lésions anatomiques de l'œil ou des annexes, appréciables par l'examen objectif, ne peuvent être considérés immédiatement comme absolument incurables, qu'il s'agisse de vision centrale ou périphérique.

I. Cécité ou perte irrémédiable de la vue.

Dans cette catégorie rentrent : l'absence ou l'atrophie des deux globes, les leucomes et les staphylomes cicatriciels occupant la plus grande partie des cornées, l'atrophie complète des nerfs optiques, les vastes lésions cicatricielles de la choroïde au pôle postérieur, des décollements de la rétine à la période régressive

II. Perte totale de la vision d'un œil, l'autre œil n'étant pas atteint :

a) Perte de la vision de l'œil sans difformité apparente.....

b) Ablation ou atrophie du globe :

1. Avec difformité apparente, mais permettant la prothèse.....

2. Avec lésions cicatricielles ne permettant pas l'usage d'un œil artificiel,.....

1919

1915

1831

100 %

100 %

1^o cl., P. R.,
(100 %)

25 %

30 %

P. R. 5^e cl.,
n^o 20, (65 %)

30 %

Néant.

P. R. 5^e cl.,
n^o 20 (65 %)

40 %

Néant.

P. R. 5^e cl.,
n^o 20 (65 %)

	1919	1915	1831
III. Vision binoculaire :			
Diplopie (en raison de la nécessité d'oblitérer un œil)	25 %	5 à 30 %	Néant.
IV. Autres affections oculaires :			
1. Paralysie de l'accommodation et du sphincter irien :			
Ophthalmoplégie interne unilatérale	5 à 10 %	5 à 20 %	Néant.
— — bilatérale.....	10 à 20 %	20 à 30 %	Néant.
2. Cataractes traumatiques :			
<i>a. Non opérable (le quantum dépendra de l'acuité visuelle existante ou nulle).</i>			
<i>b) Œil opéré ou dont la cataracte s'est résorbée. Si la vision est inférieure à celle de l'œil non blessé, en raison de l'impossibilité de fusionner les images, ajouter 10 % sans que l'invalidité dépasse 25 %</i>			
Si la vision de l'œil non cataracté est plus mauvaise ou nulle, se reporter au tableau des acuités visuelles en donnant la meilleure correction optique de l'œil aphaque.	10 à 25 %	D'après l'acuité visuelle	Si perte de la vue d'un côté, 5 ^e cl. n° 21 (65%)
Les luxations du cristallin, les hémorragies intra-oculaires, les décollements de la rétine étant susceptibles de modifications seront estimées d'après le degré de vision.			
B. — Les lésions des annexes de l'œil.			
1. Orbite osseuse.			
Destruction d'une partie de l'orbite et de son contenu, y compris l'œil, lésions étendues des sinus périorbitaires et des fosses nasales : mutilation empêchant toute restauration ou prothèse.....	50 à 70 %	Néant.	P. R. 4 ^e cl., n° 4, (80 %)

	1919	1913	1831
2. Nerfs.			
<i>a) Nerfs moteurs.</i>			
Paralysie d'un ou plusieurs muscles.....	25 %	5 à 30 %	P. R. 5 ^e cl., n ^o 13, (65 %)
<i>b) Nerfs sensitifs.</i>			
Névrites, algies, très douloureuses.....	15 à 25 %	Néant.	Néant.
<i>c) Paralysie de la 5^e paire, troubles tro-</i> <i>phiques (syndrome neuro-paralytique, ou</i> <i>altérations vasculaires veineuses ou arté-</i> <i>rielles (anévrismes, tumeurs pulsatiles de</i> <i>l'orbite) suivant les troubles fonctionnels :</i>	20 à 60 %	Néant.	Néant.
3. Paupières.			
Curabilité opératoire pour la plupart des lésions.			
Déviation des bords palpébraux (entro- pion, trichiasis, ectropion, etc.), ajouter à la diminution d'acuité visuelle :			
Un œil.....	0 à 10 %	10 à 20 %	5 ^e cl n ^o 22 (65%)
Les deux yeux.....		20 à 50 %	
Ptosis, curabilité opératoire, sinon lors- que dans le regard horizontal la pupille ne pourra être découverte suivant le degré.			
Un œil.....	10 à 20 %	5 à 10	Néant.
Les deux yeux.....	40 à 70 %	20 à 100	Néant.
Lagophthalmie par paralysie faciale :			
Un œil, suivant les complications.....	10 à 20 %	15 à 20	Néant.
Les deux yeux, suivant les complica- tions.....	30 à 50 %	30 à 60	Néant.
4. Voies lacrymales.			
Epiphora : un œil.....	0 à 10 %	1 à 10	Néant.
— deux yeux.....		10 à 20	Néant.
Fistules avec lésions osseuses étendues unilatérales.....	20 %	Néant.	Néant.
Fistules avec lésions osseuses étendues bilatérales.....	40 %	Néant	Néant.

C. — Les altérations de la vision périphérique. (Champ visuel.)		1919	1913	1831
1. Rétrécissement concentrique du champ visuel à 30° : Un œil.....		0 %	Néant.	Néant.
Deux yeux.....		20 %	Néant.	Néant.
Moins de 40° : Un œil.....		10 %	Néant.	Néant.
Deux yeux.....		70 à 80 %		
2. Scotomes centraux suivant leur étendue :				
Un œil.....		15 à 25 %	Néant.	Néant.
Deux yeux.....		70 à 100 %	Néant.	Néant.
3. Hémianopsie avec conservation de la vision centrale.				
Hémianopsie verticale :				
Homonyme droite ou gauche.....		25 %	Néant.	Néant.
Hétéronyme nasale.....		10 %	Néant.	Néant.
Hétéronyme temporale.....		40 %	Néant.	Néant.
Hémianopsie horizontale :				
Supérieure.....		10 %	Néant.	Néant.
Inférieure.....		50 %	Néant.	Néant.
Hémianopsie en quadrant : dont le taux s'ajoutera au chiffre de l'hémianopsie horizontale ou verticale dans le cas où trois quadrants du champ visuel sont obscurs.		10 %	Néant.	Néant.
Hémianopsie avec perte de la vision centrale uni ou bilatérale. On ajoute aux chiffres ci-dessus le taux d'invalidité qui résulte de la baisse de la vision centrale.				

D. — Le degré de la vision centrale.

Pour déterminer le dommage subi du fait de la diminution de l'acuité visuelle, l'ophtalmologiste expert pourra utiliser les divers procédés que nous avons déjà indiqués.

Bien entendu, l'acuité visuelle ne sera estimée qu'en tenant compte de la correction optique par les verres sphériques, cylindriques ou sphéro-cylindriques. En cas de simulation il y aura lieu d'indiquer les divers procédés employés pour la déjouer.

N.B. — Pour ce qui est de l'évaluation de la perte de la vision d'un œil, une circulaire ministérielle, en date du 1^{er} novembre 1919, l'a réglée de la façon suivante :

1° Le pourcentage de 65 % (5^e classe, n° 20 de la loi de 1831) ne sera appliqué que lorsque la perte d'un œil sera absolue; par exemple : énucléation, atrophie du globe, leucome et staphylome occupant la presque totalité de la cornée, atrophie complète de la papille, vastes lésions chorio-rétiniennes dans le pôle postérieur de l'œil, décollement total de la rétine à la période régressive. Dans tous les cas on devra s'assurer que la perception lumineuse est nulle et qu'il n'y a pas de réaction pupillaire à la lumière ;

2° Un pourcentage de 45 % sera appliqué lorsqu'un œil étant bon, l'autre œil a une vision inférieure à 1/20, tout en conservant la perception lumineuse et le réflexe à la lumière; par exemple : les lésions partielles de la cornée, toutes les cataractes traumatiques, les atrophies incomplètes de la papille, les lésions chorio-rétiniennes et les décollements de la rétine limités, les amblyopies sans altérations appréciables à l'ophtalmoscope résultant des lésions des voies optiques ou de troubles nerveux fonctionnels.

C. — PARALLÈLE
ENTRE LA LÉGISLATION CIVILE ET MILITAIRE
ET ENTRE
LES DIVERSES LÉGISLATIONS MILITAIRES

Que les lésions oculaires proviennent d'un accident de travail, d'un événement de guerre ou du service, le médecin expert, avant tout, doit apprécier l'invalidité ou l'incapacité qui en résulte. Mais le genre d'incapacité sur laquelle il a à se prononcer, varie selon les différentes législations.

Alors que, d'après la loi de 1831, l'ophtalmologiste expert devait évaluer l'*incapacité du militaire à servir dans l'armée*, de par la loi de 1898 et de 1919, il est tenu d'estimer la *diminution de capacité de travail causée* par la lésion oculaire mais, tandis que, en matière civile, il apprécie l'incapacité *professionnelle*, c'est-à-dire la diminution des aptitudes de l'individu pour un travail donné; en matière militaire, il a à juger de l'incapacité *fonctionnelle physiologique*, c'est-à-dire de l'amoindrissement des facultés générales de travail, de l'individu.

Chez les accidentés de travail, il n'a pas à s'occuper de l'aggravation qu'a pu subir l'affection oculaire au cours de l'exercice de la profession, au contraire, il doit en tenir compte dans l'appréciation des invalidités résultant d'une maladie oculaire survenue au cours des événements de guerre, ou du fait, ou à l'occasion du service.

La loi de 1831 ne prévoyait pas, pour base de l'appréciation du taux d'invalidité, la baisse d'acuité visuelle, elle en prévoyait seulement l'abolition; dans les lois de 1898 et 1919, celle-ci sert dans beaucoup de cas à déterminer le dommage causé. D'autre part, pas plus dans les décrets de 1915 que dans la loi de 1831, il n'était question de la diminution de capacité résultant d'une altération de la vision périphérique, le guide barème de 1919 a comblé cette lacune en envisageant les modifications du champ visuel à la suite d'une lésion cérébrale; en même temps il permet d'indemniser plus équitablement les lésions oculaires puisqu'il prévoit des indemnités afférentes à des taux d'invalidité de 10 à 100 %, échelonnés de 5 en 5, tandis que, d'après le décret de 1915, les échelonnements n'étaient que de 10 en 10.

Enfin, pour terminer, nous noterons que, aussi bien de par la loi de 1898 que de par la loi de 1919, l'accidenté ou le blessé est libre de choisir son médecin que, de plus, la dernière loi sur les pensions militaires a consacré le principe de l'expertise médicale contradictoire.

CHAPITRE II

Affections oculaires d'après les 4695 rapports d'expertise.

Généralités.

Considérées dans leur ensemble, les affections telles qu'elles résultent de ces expertises, relèvent d'un traumatisme de guerre; néanmoins, un certain nombre relèvent d'une étiologie étrangère aux blessures de guerre, et il nous a paru utile de maintenir cette distinction à propos de chaque lésion.

Pour présenter les affections d'origine traumatique avec autant de clarté que possible, nous avons adopté une classification anatomique et nous avons envisagé successivement les lésions de chaque partie constitutive de l'œil. Notre exposé y a gagné peut-être en méthode et en ordre, mais il y a certainement perdu au point de vue clinique.

En effet, le projectile, qui atteint un œil, y produit des désordres anatomiques en fonction de son

volume et de sa vitesse; s'il frappe le segment antérieur, il peut ne léser que la sclérotique ou la cornée, voire même que la conjonctive. Mais sa force vive lui permet de franchir, la plupart du temps, cette barrière, traversant alors la chambre antérieure, il peut blesser l'iris et peut, poursuivant sa course, aller troubler le cristallin, derrière lui, le vitré et même léser les membranes profondes. C'est ainsi que, sur le même œil, au cours d'une expertise, nous pouvons relever un leucôme, vestige de perforation de la cornée, une iridodialyse, une cataracte partielle, des corps flottants du vitré et une rupture de la choroïde. De plus, chez un même individu, les deux yeux peuvent être atteints. Ces deux particularités expliquent que le nombre des lésions oculaires soit beaucoup plus considérable que le nombre des expertises, car, dans la majorité des cas, l'invalidité est la résultante de plusieurs lésions, greffées sur le même œil, et souvent sur les deux yeux à la fois. Tel est l'aspect clinique que revêtent la plupart des affections traumatiques, que nous avons cru devoir dissocier et présenter isolées, avec chacune des régions anatomiques de l'œil, respectivement intéressées.

Néanmoins, pour les lésions du fond d'œil, c'est-à-dire pour les lésions de la rétine, de la choroïde, du nerf optique et pour les lésions du vitré, il nous a paru intéressant de les classer en nous basant sur l'aspect de ces lésions tel que nous le montre l'ophthalmoscope.

Ces lésions, pour la plupart, relèvent d'un méca-

nisme sur lequel nous n'avons pas à insister. A la suite d'un traumatisme sur les parties avoisinantes et proches du globe oculaire, et sans que rien, apparemment, puisse le faire soupçonner, se produisent des lésions du fond d'œil. La choroïde, la rétine, le nerf optique, le vitré peuvent, évidemment, être intéressés séparément, mais, souvent, il y a lésions associés de ces divers éléments et c'est ainsi que, pour classer ces affections, nous avons été amené à distinguer le type pur et le type associé.

Pour si artificielle qu'elle puisse paraître — n'est-ce pas d'ailleurs le défaut de toute classification ? — cette dernière catégorisation nous paraît avoir le mérite de rendre l'aspect de ces lésions telles qu'elles nous apparaissent, à l'ophtalmoscope, avec leur complexité et leur multiplicité.

Affections de la conjonctive (56).

I. — *Affections inflammatoires* : 17; soit :

Conjonctivites : 4. — Trachomes : 13.

II. — *Affections traumatiques* : 20; soit :

Cicatrices de plaie : 4. — Corps étrangers : 16.

III. — *Affections diverses* : 19; soit :

Ptérygions : 8. — Symllépharons : 11.

Affections de la cornée (811).

I. — *Kératites* neuro-paralytiques : 5. — *Kératites* panneuses : 3.

II. — *Leucomes* :

A. — *Leucomes* d'origine traumatique : 659; soit :

Leucomes simples : 502. — *Leucomes* adhérents : 90. — *Leucomes* compliqués d'astigmatisme : 41; de staphylome : 8; de myopie : 7; de glaucome : 6; de strabisme : 4; de nystagmus : 1.

B. — *Leucomes* d'origine indéterminée : 100; soit :

Leucomes simples : 92 ; compliqués d'astigmatisme : 8.

III. — *Corps étrangers* : 43.

IV. — *Staphylome* : 1.

Affections du limbe (51).

Affections traumatiques : 51; soit :

Cicatrices de plaie : 48. — Cicatrices adhérentes : 3.

Affections de la sclérotique (209).

Sclérite : 1; cicatrices de plaie : 150; corps étrangers : 40; ectasies : staphylomes antérieurs : 10; postérieurs : 7; buphtalmie : 1.

Affections de l'iris (422).

I. — *Iritis* d'origine traumatique : 29; d'origine infectieuse : 30.

II. — *Blessures* : 227; soit :

Iridodialyses : 82; ruptures : 69; perforations : 21;
colobomes traumatiques : 18; atrophies totales :
16; atrophies partielles : 13; aniridies : 6; pro-
lapsus : 2.

III. — *Corps étrangers* : 3; *colobomes congéni-*
taux : 2.

IV. — *Iridectomies* : 131; soit :

Iridectomies pour extraction de cataracte : 47;
de corps étrangers : 8. — Iridectomies optiques :
63; anti-glaucomateuses : 13.

Affections du cristallin (682).

I. — *Cataractes* (639).

A. — Cataractes traumatiques : 590; soit :

1° Cataractes traumatiques opérées : 243; soit :
Cataractes opérées simples : 238; cataractes opérées, compliquées de décollement : 5.

2° Cataractes totales simples : 181; compliquées
de subluxation : 11; d'irido-cyclite : 11; de luxa-
tion : 4; de décollement rétinien : 2.

3° Cataractes partielles périphériques : 69; capsulaires : 22; adhérentes : 5; centrales : 1; ponctuées : 1; zonulaires : 1; laiteuses : 1.

4° Cataractes traumatiques résorbées spontanément : 38.

B. — Cataractes non traumatiques : 39; soit :

1° Cataractes totales simples : 4; compliquées de décollement rétinien : 4; de myopie : 1; de subluxation : 1.

2° Cataractes partielles capsulaires : 11; périphériques : 10; centrales : 4; zonulaires : 2; ponctuées : 1; laiteuses : 1.

C. — Cataractes secondaires : 9.

D. — Cataractes congénitales : 1.

II. — *Luxations* : 14, dont une luxation complète hors de l'œil.

III. — *Subluxations* : 23.

IV. — *Corps étrangers* : 6.

Affections du corps ciliaire (71).

Iridocyclites d'origine traumatique : 55.

Iridocyclites d'origine infectieuse : 16.

Affections du corps vitré (424).

I. — *Hyalites* : 15; soit :

Type pur : 12; types associés à une lésion (décollement de la rétine) : 3.

II. — *Hémorragies du vitré* : 37; soit :

Type pur : 35; types associés à une lésion (chorio-rétinite) : 2.

III. — *Corps flottants du vitré* : 282; soit :

A. — Corps flottants d'origine indéterminée : 6.

B. — Corps flottants d'origine traumatique : 276;
soit :

a) Type pur : 169.

b) Types associés : 107.

1° A une lésion (57) : à décollements de la rétine : 26; à rétinites proliférantes : 9; à papillites : 9; à ruptures de la choroïde : 8; à atrophies optiques : 3; à chorio-rétinites : 2.

2° A deux lésions (39) : à chorio-rétinite et atrophie optique : 9 cas; à papillite et chorio-rétinite : 9 cas; à chorio-rétinite et rupture de la choroïde : 7 cas; à atrophie optique et rupture de choroïde : 3 cas; à rupture de la choroïde et décollement rétinien : 2 cas; à atrophie optique et décollement rétinien : 2 cas; à papillite et rupture de la choroïde : 2 cas; à papillite et décollement rétinien : 2 cas; à rupture de la choroïde et rétinite proliférante : 2 cas; à rétinite proliférante et décollement rétinien : 1 cas.

3° A trois lésions (11) : à décollement rétinien, chorio-rétinite et rétinite proliférante : 3 cas; à atrophie optique, rétinite proliférante et chorio-rétinite : 3 cas; à rupture de la choroïde, chorio-rétinite et décollement rétinien : 2 cas; à chorio-rétinite, atrophie optique, rupture de la choroïde : 1 cas; à chorio-rétinite, papillite, rupture de la choroïde : 1 cas; à chorio-rétinite, rétinite proliférante, papillite : 1 cas.

IV. — *Organisations du vitré* : 89; soit :

a) Type pur : 63.

b) Types associés : 26; soit :

1° A une lésion (23) : à décollements de la rétine : 20; rétinites proliférantes : 2; papillites : 1.

2° A deux lésions (3) : chorio-rétinite et atrophie optique : 1 cas; chorio-rétinite et rupture de la choroïde : 1 cas; chorio-rétinite et pétérite proliférante : 1 cas.

V. — *Cysticerque du corps vitré* : 1.

Affections de la choroïde (955).

I. — *Choroïdite* : 52; soit :

Scléro-choroïdites postérieures : 38 ; choroïdites disséminées bilatérales : 6; choroïdites disséminées unilatérales : 2; choroïdites maculaires bilatérales : 2; choroïdites maculaires unilatérales : 3; choroïdites aréolaires bilatérales : 1.

II. — *Lésions traumatiques* : 902.

A. — Rupture de la choroïde : 276; soit :

Type pur : 52.

Types associés : 224.

1° A une lésion (115) : à chorio-rétinites : 45; à atrophies optiques : 34 ; à décollements rétiens : 11; à rétinites proliférantes : 10; à corps flottants vitré : 8; à papillites : 7.

2° A deux lésions (93) : à atrophie optique et chorio-rétinite : 43 cas; à chorio-rétinite et rétinite proliférante : 25 cas; à chorio-rétinite et corps flottants du vitré : 7 cas; à atrophie optique et corps flottants du vitré : 3 cas; à atrophie optique et rétinite proliférante : 3 cas; à rétinite prolifé-

rante et décollement rétinien : 2 cas ; à corps flottants du vitré et décollement rétinien : 2 cas ; à corps flottants du vitré et papillite : 2 cas ; à rétinite proliférante et corps flottants du vitré : 2 cas ; à décollement rétinien et chorio-rétinite : 1 cas ; à rétinite proliférante et papillite : 1 cas ; à organisation du vitré et chorio-rétinite : 1 cas ; à papillite et chorio-rétinite : 1 cas.

3° A trois lésions (14) : Chorio-rétinite, atrophie optique, rétinite proliférante : 6 cas ; chorio-rétinite, papillite, rétinite proliférante : 4 cas ; décollement rétinien, atrophie optique, rétinite proliférante : 1 cas ; décollement rétinien, chorio-rétinite et rétinite proliférante : 1 cas ; atrophie optique, chorio-rétinite, corps flottants du vitré : 1 cas ; papillite, chorio-rétinite, corps flottants du vitré : 1 cas.

4° A quatre lésions (2) : chorio-rétinite, décollement rétinien, corps flottants du vitré, papillite : 2 cas.

B. — Lésions post-hémorragiques ou chorio-rétinite traumatique : 626.

Se répartissant, d'après l'aspect, en formes atrophiques : 193 ; formes pigmentaires : 158 ; formes mixtes : 275.

Se répartissant d'après leur localisation : au pôle postérieur et à la périphérie : 528 ; au niveau de la macula : 98.

Se répartissant, par rapport aux autres lésions du fond de l'œil en :

Type pur : 242.

Types associés : 384.

1° A une lésion (244) : atrophies optiques : 125 ; ruptures de la choroïde : 52 ; papillites : 36 ; ré-

tinites proliférantes: 14; décollements rétinien-
13; corps flottants du vitré : 2; hémorragies du
vitré : 2.

2° A deux lésions (118) : atrophie optique et rup-
ture de la choroïde : 35 cas; rétinite prolifé-
rante et rupture de la choroïde : 25 cas; atro-
phie optique et corps flottants du vitré : 9 cas;
papillite et corps flottants du vitré : 9 cas; atro-
phie optique et rétinite proliférante : 8 cas;
atrophie optique et décollement rétinien : 7 cas;
papillite et rétinite proliférante : 7 cas; rupture
de la choroïde et corps flottants du vitré : 7 cas;
décollement rétinien et rétinite proliférante :
6 cas; décollement rétinien et papillite : 2 cas;
décollement rétinien et rupture de la choroïde :
1 cas; atrophie optique et organisation du vitré :
1 cas; rétinite proliférante et organisation du vi-
tré : 1 cas.

3° A trois lésions (20) : rupture de la choroïde,
atrophie optique, rétinite proliférante : 6 cas;
rupture de la choroïde, papillite, rétinite proli-
férante : 4 cas; atrophie optique, corps flottants
du vitré, rétinite proliférante : 3 cas; décolle-
ment rétinien, corps flottants du vitré, rétinite
proliférante : 3 cas; papillite, corps flottants
du vitré, rétinite proliférante : 1 cas; papil-
lite, corps flottants, rupture de la choroïde :
1 cas; décollement rétinien, atrophie optique,
rétinite proliférante : 1 cas; décollement réti-
nien, rupture de la choroïde, rétinite prolifé-
rante : 1 cas.

4° A quatre lésions (2) : rupture de la choroïde,
décollement rétinien, corps flottants du vitré,
papillite : 2 cas.

III. — *Sarcome de la choroïde* : 1.

Affections de la rétine (361).

I. — *Troubles et altérations vasculaires* : 14; soit :

- Rétinites albuminuriques : 7.
- Hémorragies de la rétine : 4.
- Embolie de l'artère centrale : 1.
- Thrombose de la veine centrale : 1.
- Rétinite ponctuée : 1.

II. — *Atrophie et dégénérescence de la rétine* :

A. — Rétinites pigmentaires : 6.

B. — Chorio-rétinites proliférantes traumatiques (122), soit :

a) Type pur : 5.

b) Types associés : 117; soit :

- 1° A une lésion (41) : chorio-rétinites : 14; ruptures de choroïde : 10; corps flottants du vitré : 9; décollements de la rétine : 3; atrophies optiques : 3; organisations du vitré : 2.
- 2° A deux lésions (56) : chorio-rétinite et rupture de la choroïde : 25 cas; chorio-rétinite et atrophie optique : 8 cas; chorio-rétinite et papillite : 7 cas; chorio-rétinite et décollement rétinien : 6 cas; rupture de la choroïde et atrophie optique : 3 cas; rupture de la choroïde et corps flottants du vitré : 2 cas; rupture de la choroïde et décollement rétinien : 2 cas; rupture de la choroïde et papillite : 2 cas; décollement rétinien et corps flottants du vitré : 1 cas; chorio-rétinite et organisation du vitré : 1 cas.
- 3° A trois lésions (20) : rupture de la choroïde, atrophie optique, chorio-rétinite : 6 cas; rupture de la choroïde, papillite, chorio-rétinite : 4 cas;

corps flottants du vitré, atrophie optique, chorio-rétinite : 3 cas; corps flottants du vitré, décollement rétinien, chorio-rétinite : 3 cas; corps flottants du vitré, papillite, chorio-rétinite : 1 cas; décollement rétinien, atrophie optique, chorio-rétinite : 1 cas; décollement rétinien, rupture de la choroïde, chorio-rétinite : 1 cas; décollement rétinien, rupture de la choroïde, atrophie optique : 1 cas.

III. — *Décollements de la rétine* : 219; soit :

A. — Décollements d'origine indéterminée : 21.

B. — Décollements d'origine traumatique : 198.

a) Type pur : 87.

b) Types associés : 111; soit :

1° A une lésion (78) : corps flottants du vitré : 26; organisations du vitré : 20; chorio-rétinites : 13; ruptures de la choroïde : 11; rétinites proliférantes : 3; hyalites : 3; atrophies optiques : 2.

2° A deux lésions (25) : atrophie optique et chorio-rétinite : 7 cas; chorio-rétinite et rétinite proliférante : 6 cas; rupture de la choroïde et rétinite proliférante : 2 cas; rupture de la choroïde et corps flottants du vitré : 2 cas; papillite et corps flottants du vitré : 2 cas; papillite et chorio-rétinite : 2 cas; atrophie optique et corps flottants du vitré : 2 cas; rétinite proliférante et corps flottants du vitré : 1 cas; rupture de la choroïde et chorio-rétinite : 1 cas.

3° A trois lésions (8) : chorio-rétinite, rétinite proliférante, corps flottants du vitré : 3 cas; rupture de la choroïde, chorio-rétinite, corps flottants du vitré : 2 cas; rupture de la choroïde, rétinite proliférante, atrophie optique : 1 cas; chorio-réti-

nite, rétinite proliférante, atrophie optique : 1 cas; chorio-rétinite, rupture de la choroïde, rétinite proliférante : 1 cas.

Affections du nerf optique (828).

I. — Névrites : 243; soit :

A. — Papillite : 238.

1° D'origine indéterminée : 3.

2° D'origine traumatique : 235.

a) Type pur : 150.

b) Types associés : 85; soit :

1° A une lésion (53 cas) : Chorio-rétinites : 36; corps flottants du vitré : 9; ruptures de la choroïde : 7; organisations du vitré : 1.

2° A deux lésions (24 cas) : Chorio-rétinite et corps flottants du vitré : 9 cas; chorio-rétinite et rétinite proliférante : 7 cas; chorio-rétinite et décollement rétinien : 2 cas; rupture de la choroïde et corps flottants du vitré : 2 cas; décollement rétinien et corps flottants du vitré : 2 cas; rupture de la choroïde et chorio-rétinite : 1 cas; rupture de la choroïde et rétinite proliférante : 1 cas.

3° A trois lésions (6 cas) : Chorio-rétinite, rétinite proliférante et rupture de la choroïde : 4 cas; chorio-rétinite, corps flottants du vitré et rupture de la choroïde : 1 cas; chorio-rétinite, corps flottants du vitré et rétinite proliférante : 1 cas.

4° A quatre lésions (2 cas) : Chorio-rétinite, décollement rétinien, rupture de la choroïde et corps flottants du vitré : 2 cas.

B. — Névrite rétro-bulbaire : 5.

II. — *Atrophies optiques* : 566.

1° D'origine indéterminée : 147.

2° D'origine traumatique : 419.

a) Type pur : 175.

b) Types associés : 244; soit :

1° A une lésion (166 cas) : Chorio-rétinites : 125; ruptures de la choroïde : 33; rétinites proliférantes : 3; corps flottants du vitré : 3; décollements rétinien : 2.

2° A deux lésions (68 cas) : Rupture de la choroïde et chorio-rétinite : 35 cas; corps flottants du vitré et chorio-rétinite : 9 cas; rétinite proliférante et chorio-rétinite : 8 cas; décollement rétinien et chorio-rétinite : 7 cas; rupture de la choroïde et corps flottants du vitré : 3 cas; rupture de la choroïde et rétinite proliférante : 3 cas; décollement rétinien et corps flottants du vitré : 2 cas; chorio-rétinite et organisation du vitré : 1 cas.

3° A trois lésions (10 cas) : Chorio-rétinite, rupture de la choroïde et rétinite proliférante : 5 cas; chorio-rétinite, corps flottants du vitré et rétinite proliférante : 3 cas; chorio-rétinite, décollement rétinien et rétinite proliférante : 1 cas; rupture de la choroïde, décollement rétinien et rétinite proliférante : 1 cas.

III. — *Amblyopies* : 18; soit :

D'origine toxique : 5; d'origine indéterminée : 13.

IV. — *Arrachement du nerf optique* : 1.

Affections des centres nerveux (1083).

I. — Traumatismes craniens : 605.

Ce nombre considérable provient de ce fait qu'à la demande de M. le professeur Rollet, les blessés du crâne et les trépanés ont été soumis systématiquement à l'examen de l'ophtalmologiste.

A. — Cicatrices de plaies pénétrantes : 322.

1° Ne s'accompagnant d'aucune lésion oculaire : 118.

2° S'accompagnant de lésions oculaires : 204 ; soit :

a) D'altérations du champ visuel (122) : Rétrécissements concentriques bilatéraux : 88 ; unilatéraux : 9 ; hémianopsies : 24 ; scotome central bilatéral : 1.

b) De dyschromatopsie : 1.

c) De lésions du nerf optique : 42. (Type pur : 32 ; types associés : 10.)

d) De modifications pupillaires (inégalité) : 25.

e) De troubles de la musculature : 7.

f) De lésions des membranes profondes : 4.

g) De cécité : 2.

h) D'asthénopie accommodative : 2.

B. — Cicatrices de trépanation : 283.

1° Ne s'accompagnant d'aucune lésion oculaire : 161.

2° S'accompagnant de lésions oculaires : 122 ;
soit :

- a) D'altérations du champ visuel (63) : Rétrécissements concentriques bilatéraux : 25; unilatéraux : 17; hémianopsies : 15; rétrécissements à forme hémianopsique : 4; scotome central bilatéral : 1; unilatéral : 1.
- b) De troubles de la musculature : 16.
- c) D'asthénopie accommodative : 14.
- d) De lésions du nerf optique (type pur) : 12.
- e) De modifications pupillaires (12) : inégalité : 11; parésie pupillaire : 1.
- f) De lésions de membranes profondes : 3.
- g) De cécité : 2.

II. — *Traumatismes de la face* : 33.

1° Ne s'accompagnant d'aucune lésion oculaire :
13.

2° S'accompagnant de lésions oculaires : 20; soit :

- a) De lésions des membranes profondes, type pur : 2; types associés : 11.
- b) D'atrophie bilatérale des globes oculaires : 2.
- c) D'inégalité pupillaire : 1; de strabisme : 1; de rétrécissement du champ visuel : 1; de syndrome sympathique : 1; de lésions du nerf optique : 1.

III. — *Commotions cérébrales* : 84.

1° Ne s'accompagnant d'aucune lésion oculaire :
54.

2° S'accompagnant de lésions oculaires : 30; soit :

De troubles de la musculature : 6; de modifications pupillaires : 6; troubles subjectifs : 6; d'altéra-

tions du champ visuel : 5; de lésions du nerf optique : 2; d'amblyopie : 2; de dyschromatopsie : 1; de paralysie de l'accommodation : 1; de blépharospasme : 1.

IV. — *Altérations du champ visuel* : 344.

1° Hémianopsie : 47 ; soit : Hémianopsie homonyme latérale droite : 26 cas; hémianopsie homonyme latérale gauche : 13 cas ; hémianopsie hétéronyme bitemporale : 2 cas; scotome hémianopsique : 6 cas.

2° De rétrécissements du champ visuel : 297; soit : Rétrécissements concentriques bilatéraux : 174; unilatéraux : 85; à forme hémianopsique : 4; scotomes centraux unilatéraux : 30 ; bilatéraux : 4.

V. — *Dyschromatopsies* : 18. (Unilatérales : 5; bilatérales : 13.)

VI. — *Lésions du sympathique cervical* s'accompagnant de syndrome oculaire : 4.

Affections des muscles de l'œil (199).

I. — *Parésies* : 31; soit :

Parésies partielles du M. O. C. unilatérales : 16 ; bilatérales : 3.

Parésies totales du M. O. C. unilatérales : 2; et bilatérales : 1.

Parésies du moteur oculaire externe unilatérales : 4; bilatérales : 3.

Parésies du pathétique unilatérales : 2.

II. — *Paralysies* : 57; soit :

Paralysies partielles du M. O. C. unilatérales : 21;
bilatérales : 4.

Paralysies totales du M. O. C. unilatérales : 6; bilatérales : 2.

Paralysies du moteur oculaire externe unilatérales : 7; bilatérales : 7.

Paralysies du muscle ciliaire : 8.

Paralysie du pathétique : 1.

III. — *Ophtalmoplégies externes* : 7; soit :

D'origine indéterminée : bilatérales : 4; d'origine traumatique : unilatérales : 2; bilatérales : 1.

IV. — *Strabismes* : 74; soit :

Strabismes convergents d'origine traumatique : unilatéraux : 14; bilatéraux : 7.

Strabismes convergents d'origine indéterminée : unilatéraux : 8; bilatéraux : 2.

Strabismes divergents d'origine traumatique : unilatéraux : 19; d'origine indéterminée : unilatéraux : 9; bilatéraux : 6.

Strabismes alternants : 9.

V. — *Nystagmus* : 26.

VI. — *Spasmes du muscle ciliaire* : 4.

Affections des paupières (646).

I. — *Affections traumatiques* : 431; soit :

Cicatrices de plaies : 268; mutilations par perte de substance partielle : 58; par perte de substance totale : 21; ayant donné lieu à des blépharoplasties : 81; à des tarsorrhaphies : 3.

II. — *Affections inflammatoires* : 6; soit :

Œdèmes palpébraux : 2; blépharites : 4.

III. — *Zona ophtalmique* : 1.

IV. — *Affections neuro-musculaires* : 115; soit :

Lagophtalmos par paralysie de l'orbiculaire : 57;
ptosis : 39; blépharospasme : 19.

V. — *Modifications de forme et situation des paupières* : 79; soit :

Retrécissements de la fente palpébrale : 10; ectropions cicatriciels : 69.

VI. — *Corps étrangers des paupières* : 13.

VII. — *Epithelioma* : 1.

Affections de l'appareil lacrymal (82).

I. — *Appareil excréteur* : 82; soit :

1° Epiphoras : 69 (provoqués par lagophtalmos : 25; par obstruction des voies lacrymales : 23; par ectropion cicatriciel : 21).

2° Dacryocystite : 11 (dont 2 ayant nécessité l'extirpation du sac).

3° Fistules lacrymales : 2.

Affections du globe oculaire (2047).

I. — *Affections traumatiques* : 222; soit :

Perforations : 110; contusions : 62; avulsions par projectiles : 44; destructions du segment antérieur : 6.

II. — *Modifications de la tension intra-oculaire* : 210; soit :

Hypertonies (glaucomes) : 24; hypotonies (atrophies du globe) : 186.

III. — *Corps étrangers* : 173; soit :

Eclats : 144 (dont 56 extraits à l'électro-aimant géant, et 6 par kératotomie et dont 1 ayant provoqué de la sidérose); corps étrangers de nature indéterminée : 29.

IV. — *Affections ayant nécessité des interventions sur le globe oculaire* : 1.442; soit :

Enucléations : 1.381; exentérations : 50; amputations du segment antérieur : 11.

Affections de l'orbite (519).

I. — *Affections traumatiques* : 374.

A. — *Lésions du pourtour orbitaire* : 353; soit :

Cicatrices du rebord supérieur : 92; du rebord externe : 78; du rebord inférieur : 33; du rebord interne : 18. — Fractures du rebord supérieur : 37; du rebord externe : 36; du rebord inférieur : 9; du rebord interne : 4. — Pertes de substance partielle du rebord externe : 18; du rebord inférieur : 17; du rebord supérieur : 11.

B. — *Lésions des parois orbitaires* : 21; soit :

Fractures de la paroi inférieure : 9; de la paroi externe : 3. — Pertes de substance de la paroi inférieure : 3; de la paroi supérieure : 2. — Pertes de substance totale (destruction des parois) : 4.

II. — *Enophtalmie* : 22. — *Exophtalmie* : 3.

III. — *Corps étrangers* : 120; soit :

Eclats : 107 (dont 3 extraits par le procédé de l'orbitotomie externe, professeur Rollet). — Corps étrangers de nature indéterminée : 12; grain de plomb : 1.

Affections des cavités périorbitaires (19).

I. — *Sinus frontal* : 8; soit :

Enfoncements : 5; corps étrangers : 3.

II. — *Sinus maxillaire*, corps étrangers (éclat) : 4.

III. — *Fosse ptérygo-maxillaire*, corps étrangers (éclats) : 3.

IV. — *Sinus sphénoïdal*, corps étrangers (éclats) : 2.

V. — *Fosse temporale*, corps étrangers (éclats) : 1.

VI. — *Fosse nasale*, corps étrangers (éclats) : 1.

Vices de réfraction (557).

I. — *Astigmatisme* : 288; soit :

Myopique : 117; hypermétropique : 82; irrégulier : 81; mixte : 8.

II. — *Myopie* : 177.

III. — *Hypermétropie* : 92.

Affections générales pouvant déterminer des manifestations oculaires (8).

Albuminuries : 5; diabète : 1; tabès : 1; hémiplegie : 1.

CHAPITRE III

Invalidités résultant des 4695 expertises.

I. — Leur quantum.

La principale tâche du médecin expert oculiste a été d'apprécier le dommage causé par les lésions oculaires que nous venons d'exposer. Il a eu à en apprécier le degré d'invalidité qui en résultait, c'est-à-dire, nous le répétons, l'incapacité matérielle, physique, humaine, résultant des blessures ou infirmités qu'elles aient été contractées du fait ou à l'occasion du service, ou qu'elles proviennent des événements de guerre.

Nous allons maintenant indiquer les divers degrés d'invalidité formulés par l'ophtalmologiste expert, au cours des 4.695 expertises, en précisant pour chacun d'eux s'il a été jugé définitif ou non, et quelle catégorie de lésions les ont déterminés.

Nous commencerons par donner les diverses pensions de retraite qu'il a proposées d'attribuer à certaines lésions oculaires rentrant dans l'échelle de gravité prévue par le décret de 1887.

Pensions de retraite.

1^{re} classe (100 %) : 76.

LÉSIONS AYANT MOTIVÉ LA PROPOSITION

A. — *Lésions bilatérales identiques* :

Enucléations : 17; atrophie du globe : 16; avulsions du globe : 7; atrophie optique : 7; symblépharon : 1; exentération : 1; leucome : 1; lésions des membranes profondes : 1.

B. — *Lésions bilatérales différentes* :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Atrophie du globe.....	11.
Enucléation.....	Cataracte	3
Enucléation.....	Lésions du fond.....	3
Enucléation.....	Avulsions du globe.....	2
Atrophie du globe.	Leucomes	2
Exentération.....	Atrophie du globe.....	1
Exentération.....	Amputation du segment antérieur	1
Iridocyclite.....	Décollement de la rétine.	1
Iridocyclite.....	Leucome	1

4^{me} classe, n° 4 (80 %) : 38.

LÉSIONS EN AYANT MOTIVÉ LA PROPOSITION

A. — *Lésions unilatérales* :

Enucléation et mutilation orbitaire : 16; énucléation et mutilation palpébrale : 9; énucléation et

mutilation faciale : 5; avulsion du globe et mutilation faciale : 2; avulsion du globe et mutilation orbitaire : 2; atrophie optique et mutilation faciale : 2; atrophie optique et mutilation orbitaire : 1; avulsion du globe et mutilation palpébrale : 1.

5^{me} classe, n° 20 (65 %) : 787.

LÉSIONS EN AYANT MOTIVÉ LA PROPOSITION

A. — *Lésions unilatérales :*

Enucléations : 595 ; lésions du fond d'œil : 81 ; exentérations : 41; atrophies du globe : 28; cataractes : 18; iridocyclites : 11; avulsions du globe oculaire : 4; amputations du segment antérieur : 4 ; organisations du vitré : 3 ; leucomes : 2.

5^{me} classe, n° 21 (65 %) : 4.

LÉSIONS EN AYANT MOTIVÉ LA PROPOSITION

A. — *Lésions unilatérales :*

Enucléation et mutilation des paupières : 1.

B. — *Lésions bilatérales de nature différente :*

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Rupture de la choroïde.....	Leucome	1
Chorio-rétinite de la choroïde	Atroph. optique	1
Enucléation.....	Atroph. optique	1

Invalidités.

125 % (19).

A. — Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Atrophie optique : 4; hyalite et décollement rétinien : 1; cécité d'origine centrale : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation	Lésions du fond.....	3
Enucléation	Aphakie	2
Enucléation	Atrophie du globe.....	2
Enucléation	Cataracte	1
Enucléation	Iridocyclite	1
Enucléation	Organisation du vitré.....	1
Lésions du fond.	Glaucome	1

B. — Invalidités définitives.:

Déterminées par cécité d'origine centrale : 1; atrophie optique bilatérale : 1.

100 % (157).

A. — Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond: 21; atrophies du globe: 6; cécités d'origine centrale : 2; iridocyclites : 2; cataractes : 3; aphakies : 1; glaucomes : 1; leucomes : 1; ptosis : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	15
Enucléation.....	Iridocyclite	7
Enucléation.....	Cataracte	7
Enucléation.....	Atrophie du globe....	6
Atrophie du globe....	Lésions du fond.....	4
Atrophie du globe....	Cataracte	2
Enucléation.....	Lésions du vitré....	2
Enucléation.....	Leucome	1
Enucléation.....	Aphakie	1
Atrophie du globe....	Corps flottants du vitré	1
Atrophie du globe....	Aphakie	1
Atrophie optique	Cataracte	1
Atrophie optique	Avulsion du globe....	1
Atrophie optique	Lésions du fond.....	1
Atrophie optique	Iridocyclite	1
Aphakie	Organisation du vitré.	1
Aphakie	Leucome	1
Aphakie	Lésions du fond.....	1
Organisation du vitré.	Iridocyclite	1

B. — *Invalidités définitives :*

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Enucléations : 14; atrophies du globe : 13; atrophies optiques : 2.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Atrophie du globe.....	8
Enucléation.....	Lésions du fond.....	7
Atrophie du globe.	Lésions du fond.....	6
Atrophie du globe.	Cataracte	3
Enucléation.....	Cataracte	3
Atrophie du globe.	Organisation du vitré....	2
Enucléation.....	Iridocyclite	1
Enucléation.....	Avulsion du globe.....	1
Enucléation.....	Staphylome antérieur....	1
Cataracte	Avulsion du globe.....	1
Cataracte	Lésions du fond.....	1
Atrophie optique .	Staphylome antérieur....	1

95 % (12).

Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 3; glaucome : 1; atrophie du globe : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	4
Enucléation.....	Aphakie	1
Enucléation.....	Cataracte	1
Atrophie du globe.	Leucome	1

90 % (30).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 7; iridocyclites : 3; aphakies : 2; leucomes : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond....	4
Enucléation.....	Aphakie	3
Cataracte	Aphakie	2
Corps flottants du vitré.	Aphakie	1
Enucléation.....	Cataracte	1
Avulsion du globe	Lésions du fond....	1
Atrophie du globe.....	Lésions du fond....	1
Glaucome.....	Leucome	1
Iridocyclite.....	Cataracte	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Aphakie	1
Enucléation.....	Cataracte	1

85 % (5).

Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Cataractes : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	3
Leucome.....	Lésions du fond.....	1

80 % (46).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 10; aphakies : 3; altérations du champ visuel : 3; leucomes : 2; amblyopies : 1; iridocyclites : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	5
Enucléation.....	Cataracte	3
Enucléation.....	Aphakie	2
Cataracte	Lésions du fond.....	2
Aphakie.....	Lésions du fond.....	2

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Aphakie.....	Atrophie du globe....	1
Aphakie.....	Corps flottants du vitré	1
Enucléation.....	Iridocyclite	1
Enucléation.....	Amblyopie	1
Enucléation.....	Leucome	1
Staphylome antérieur.	Leucome	1
Atrophie du globe....	Leucome	1
Atrophie du globe....	Lésions du fond.....	1
Strabisme	Lésions du fond.....	1
Corps flottant ^s du vitré	Lésions du fond.....	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Aphakie.....	Atrophie du globe.....	1
Atrophie optique..	Exentération	1

75 % (6).

Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 2; iritis : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Corps flottants du vitré..	1
Enucléation.....	Lésions du fond.....	1
Cataracte.....	Lésions du fond.....	1

70 % (36).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond: 12; leucomes: 1; hémianopsies: 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	4
Enucléation.....	Leucome	3
Lésions du fond.....	Leucome	2
Atrophie du globe....	Aphakie	2
Corps flottants du vitré	Aphakie	2
Enucléation.....	Aphakie	1
Enucléation.....	Hémianopsie	1
Enucléation.....	Atrophie du globe....	1
Enucléation.....	Staphylome antérieur.	1
Enucléation.....	Corps flottant ^s du vitré	1
Lésions du fond.....	Iridocyclite	1
Lésions du fond.....	Arrachement du nerf optique	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Atrophie optique..	Leucome	1
Aphakie	Leucome	1

65 % (5).

Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 2; corps étrangers de la cornée : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Aphakie	1
Enucléation.....	Leucome	1

60 % (39).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 20; lésions de la cornée : 2; glaucomes : 1; hémianopsies : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Aphakie	4
Enucléation.....	Leucome	2
Enucléation.....	Corps flottants du vitré..	2

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	1
Enucléation.....	Glaucome	1
Enucléation.....	Cataracte	1
Cataracte	Leucome	1
Aphakie	Leucome	1
Atrophie optique .	Corps flottants du vitré..	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 1.

55 % (11).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Rétinite proliférante et mutilation du pourtour orbitaire : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Atrophies optiques : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	4
Enucléation.....	Corps flottants du vitré.	2
Enucléation.....	Aphakie	1
Hémorragie du vitré	Lésions du fond.....	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Aphakie	1

50 % (40).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond: 11; cataractes: 3; hémianopsies: 3; lésions de la musculature: 3; néphélions: 2; atrophies du globe: 1; organisations du vitré: 1; névrites rétro-bulbaires : 1 ; iridocyclites : 1 ; aphakies : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Leucome	2
Enucléation.....	Lésions du fond.....	1
Leucome.....	Lésions du fond.....	1
Leucome.....	Rétinite proliférante.....	1
Leucome.....	Atrophie du globe.....	1
Lésions du fond...	Strabisme	1

B. — *Invalidités définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Enucléation et mutilation palpébrale : 1 ; énucléation et leucome : 1 ; lésions du fond et leucome : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales différentes :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Cataracte	Organisation du vitré . . .	1
Enucléation	Epiphora	1

45 % (16).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 4 ; hémianopsies : 1 ; diplopies : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation	Lésions du fond	2
Lésions du vitré	Lésions du fond	2
Enucléation	Myopie	1
Enucléation	Mutilation palpébrale . . .	1
Exophtalmie pulsatile . . .	Mutilation palpébrale . . .	1

B. — *Invalidités définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Enucléation et mutilation palpébrale : 2.

2° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE
Iridocyclite.....	Lésions du fond..... 1

40 % (97).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Enucléation et mutilation des paupières : 8; cataracte et mutilation des paupières : 2; lésions du fond et mutilation orbitaire : 2; atrophie du globe et mutilation orbitaire : 1; corps flottants du vitré et lagophtalmos : 1; lésions du fond et ectropion : 1; leucome et rétrécissement du champ visuel 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 19; altérations du champ visuel : 8; leucomes : 3; kératites neuro-paralytiques : 1; iritis : 1; diplopies : 1; glaucomes : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE
Enucléation.....	Leucome 5
Enucléation.....	Mutilation orbitaire..... 5
Avulsion du globe.	Mutilation palpébrale..... 4
Enucléation.....	Amblyopie 3

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond.....	3
Enucléation.....	Corps étrangers de la cor- née	1
Enucléation.....	Lagophthalmie	1
Enucléation.....	Dacryocystite	1
Cataracte	Lésions du fond.....	1
Cataracte	Leucome	1
Aphakie	Lésions du fond.....	1
Amblyopie.....	Lésions du fond.....	1
Atrophie du globe.	Leucome	1
Atrophie du globe.	Cataracte	1
Atrophie du globe.	Corps étrangers de la cor- née	1
Atrophie du globe.	Lésions du fond.....	1
Leucome.....	Ectropion	1
Enucléation.....	Luxation du cristallin...	1
Enucléation.....	Rétrécissement du champ visuel	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Enucléation et mutilation des paupières : 4; énucléation et mutilation orbitaire : 2; avulsion du globe et mutilation orbitaire : 2; lésions du fond et mutilation des paupières : 2; atrophie du globe et mutilation des paupières : 1; atrophie du globe et ptosis : 1; énucléation et mutilation faciale : 1.

37 % (1).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Néphélie : 1.

35 % (95).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Enucléation et mutilation des paupières : 10; lésions du fond et mutilation orbitaire : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Altérations du champ visuel : 12; lésions du fond : 5; ectropions : 1; leucomes : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Enucléation.....	Lésions du fond..	2
Lésions du vitré.....	Lésions du fond..	2
Mutilation palpébrale ...	Lésions du fond..	2
Rétréciss. du champ visuel	Lésions du fond..	1
Leucome	Lésions du fond..	1
Epiphora.....	Lésions du fond..	1
Cataracte	Leucome	1
Cataracte	Corps étrangers de la cornée.....	1
Iridocyclite.....	Myopie	1
Enucléation.....	Leucome	1

B. — *Invalidités définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Enucléation et mutilation des paupières : 29; énucléation et mutilation de l'orbite : 12; énucléation et ptosis : 2; énucléation et épiphora : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Leucomes : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Énucléation.....	Leucome	3
Énucléation.....	Iridodialyse	1
Énucléation.....	Amblyopie	1
Lésion du fond ...	Aphakie	1
Lésions du fond...	Aphakie	1
Lésions du fond...	Rétrécissement du champ visuel	1

33 % (4).

A. — *Invalidités non définitives* :

Provenant de lésions unilatérales :

Iridocyclite : 1.

B. — *Invalidités définitives* :

Provenant de lésions unilatérales :

Énucléation et mutilation palpébrale : 3.

32 % (4).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Énucléation et ectropion : 2; énucléation et lagophthalmie : 1; énucléation et épiphora : 1.

30 % (1.412).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Lésions des membranes profondes : 305; cataractes : 151; lésions du nerf optique : 106; lésions du vitré : 89; lésions de la cornée : 59; aphakies : 57; iridocyclites : 40; atrophies du globe : 40; plaies pénétrantes et éclats intra-oculaires tolérés : 17; plaies pénétrantes et éclats intra-orbitaires : 4; amblyopies : 4; plaies pénétrantes et éclats intra-oculaires extraits : 3; lésions de l'iris : 3; glaucomes : 3; diplopies : 2; sidéroses : 1; trachomes : 1; sarcomes : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Altérations du champ visuel : 17; lésions du fond : 13; taies : 4; corps flottants : 1; dacryocystites : 1; épiphoras : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Lésions du fond...	Cataracte	2
Lésions du fond...	Lagophtalmie	1
Perforation du globe	Cysticerque du vitré....	1

B. — *Invalidités définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Enucléations : 409; lésions du fond : 48; atrophies du globe : 10; exentérations : 7; cataractes : 5; leucomes : 5.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Hémianopsie : 1.

28 % (18).

A. — *Invalidités non définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond : 9; leucomes : 3; iridocyclites : 2; aphakie : 1; subluxation du cristallin : 1; cataracte : 1.

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Leucomes : 1.

27 % (1).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond : 1.

26 % (1).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Cataracte traumatique : 1

25 % (248).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond : 81 ; aphakies : 75 ; cataractes : 31 ;
lésions de la cornée : 23 ; lésions du vitré : 14 ;
lésions de la musculature : 4 ; perforations du
globe : 2 ; énucléations : 2 ; iridocyclites : 1 ;
iritis : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Altérations du champ visuel : 4 ; lésions du fond :
3 ; néphélions : 2.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE
Leucome.....	Cataracte 3

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Perforation du globe et éclat intra-oculaire extrait :
1 ; lésions du fond : 1.

22 % (2).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond : 1 ; aphakie : 1.

20 % (290).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond d'œil : 84; aphakie : 53; lésions de la cornée : 33; cataractes : 31; lésions de la musculature : 16 ; lésions des paupières : 13 ; corps flottants du vitré : 6; iritis : 5; lésions du corps ciliaire : 3; plaie perforante du globe : 1; dacryocystite : 1; éclat intra-oculaire : 1; énoptalmie et mutilation du pourtour orbitaire : 1; énucléation : 1; iridodialyse : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 14; altérations du champ visuel : 13; taies : 5; trachomes : 3.

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Aphakies : 2; cataractes : 1; lésions du fond : 1; leucomes : 1.

18 % (2).

Invalidités définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Cataracte : 1; corps flottants du vitré : 1.

16 % (1).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Cataracte : 1.

15 % (206).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Lésions du fond d'œil : 64; lésions de la cornée : 58; lésions des paupières : 25; cataractes : 13; diplopies : 13; aphakies : 5; iritis : 2; altérations du champ visuel : 2; corps flottants du vitré : 2; zonas ophtalmiques : 1; épiphoras : 1; énoptalmies : 1; corps intra-oculaires : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Leucomes : 6; lésions du fond : 4; inégalités pupillaires : 2; trachomes : 1.

3° Provenant de lésions bilatérales de nature différente :

D'UN COTÉ	DE L'AUTRE	
Leucome.....	Cataracte	1
Iritis.....	Lésions du fond.....	1

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Enucléations : 2; lésions du fond : 1.

10 % (277).

A. — *Invalidités non définitives :*

1° Provenant de lésions unilatérales :

Lésions de la cornée : 63; lésions du fond : 61; lésions de la musculature : 23; altérations du champ visuel : 23; lésions des paupières : 22; cataractes : 13; lésions du vitré : 11; asthénopie accommodative : 7; lésions orbitaires : 5; lésions de la conjonctive : 5; lésions du corps ciliaire : 2; lésions de l'iris : 2; paralysies du sympathique : 2; perforation du globe : 2; dacryocystites : 2; migraines ophtalmiques : 2; amblyopies : 2; aphakies : 1; colobome congénital : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Lésions du fond : 10; leucomes : 6; inégalité pupillaire : 6; altérations du champ visuel : 1.

B. — *Invalidités définitives :*

Provenant de lésions unilatérales :

Enucléations : 3; leucomes : 2.

8 % (4).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Asthénopies accommodatives : 2; altérations du champ visuel : 1; lésions du fond : 1.

6 % (4).

Invalidités non définitives :-

Provenant de lésions unilatérales :

Altérations du champ visuel : 3; leucomes : 1.

5 % (200).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Altérations du champ visuel : 67; lésions du fond : 27; lésions de la cornée : 25; altérations pupillaires : 24; troubles subjectifs : 21; lésions de la musculature : 14; lésions des paupières : 5; lésions du vitré : 5; parésies du sympathique : 3; amblyopies : 3; épiphoras : 3; iridodialyses : 1; amauroses : 1; trachomes : 1.

4 % (9).

Invalidités non définitives :

Provenant de lésions unilatérales :

Altérations du champ visuel : 7; asthénopies accommodatives : 2.

2 % (28).

Invalidités non définitives :

1° Provenant de lésions unilatérales :

Asthénopies accommodatives : 4 ; leucomes : 3 ;
lésions du fond : 2 ; corps flottants du vitré : 1 ;
lagophthalmos : 1.

2° Provenant de lésions bilatérales de même nature :

Rétrécissements du champ visuel : 13 ; inégalité pupillaire : 4.

0 % (464).

Cette évaluation négative de l'invalidité a été portée :

A. — *Dans les cas où le dommage oculaire a été réellement nul et à propos des affections suivantes :*

Trépanations : 170 ; blessures du crâne : 85 ; commotions cérébrales : 49 ; examens oculaires demandés : 15 ; blessures de la face : 8 ; maladies générales : 8 ; cicatrices du pourtour orbitaire : 4 ; cas de simulation : 4 ; lésions du fond : 3 ; cicatrices sclérales : 2 ; cicatrices des paupières : 1 ; corps flottants du vitré : 1 ; corps étrangers de la sclérotique : 1.

B. — *Dans le cas où le dommage oculaire existe, mais est indépendant du fait de guerre ou de service ou n'a pas été jugé avoir subi une aggravation :*

Vices de réfraction : 82; leucomes : 17; amblyopies : 13; lésions du fond : 12; affections de la musculature : 9; énucléations : 6; lésions du cristallin : 6; lésions des paupières : 5; lésions de l'iris : 4; lésions de la conjonctive : 3; iridocyclites : 2; syndrome sympathique : 1; glaucome : 1; cécité par vitriolage : 1; exophtalmie pulsatile : 1.

Les invalidités et leur quantum que l'ophtalmologiste expert a évalué au cours des 4.695 expertises, peuvent se résumer de la façon suivante :

A. — *Pensions de retraite* : 905; se répartissant de la façon suivante :

1 ^{re} classe (invalidité permanente et totale de 100 %)	76
4 ^{me} classé, n° 4 (invalidité permanente et partielle de 80 %)	38
5 ^{me} classe, n° 20 (invalidité permanente et partielle de 65 %)	787
5 ^{me} classe, n° 21 (invalidité permanente et partielle de 65 %)	4

B. — *Invalidités définitives ou non* : 3.790; se répartissant, d'après leur taux, de la façon suivante :

125 %.....	19	32 %.....	4
100 %.....	157	30 %.....	1.412
95 %.....	12	28 %.....	18
90 %.....	30	27 %.....	1
85 %.....	5	26 %.....	1
80 %.....	46	25 %.....	248
75 %.....	6	22 %.....	2
70 %.....	36	20 %.....	290
65 %.....	5	18 %.....	2
60 %.....	39	16 %.....	1
55 %.....	11	15 %.....	206
50 %.....	40	10 %.....	277
45 %.....	16	8 %.....	4
40 %.....	97	6 %.....	4
37 %.....	1	5 %.....	200
35 %.....	95	4 %.....	9
33 %.....	4	2 %.....	28
		0 %.....	464

II. — Principe de leur indemnisation.

Le degré d'invalidité déterminé par l'ophtalmologiste expert va servir de base pour calculer la pension à allouer au blessé ou malade. Suivant que l'invalidité sera jugée définitive ou non, elle entraînera l'attribution d'une pension permanente ou temporaire.

L'incapacité fonctionnelle n'est pas le seul élément d'appréciation dont est fonction le taux de la pension; il est aussi tenu compte de la situation du militaire dans l'armée, c'est-à-dire du grade. Dans la loi de 1831, la seule base de calcul de l'indemnité était purement et exclusivement l'ancienneté; de par la législation de 1919, le grade intervient, c'est-à-dire, en somme, la capacité professionnelle de l'individu et dans une certaine mesure, la durée de ses services. Ce n'est ni plus ni moins que le principe admis pour dédommager les accidentés de travail, puisqu'ils touchent une indemnité proportionnelle à leur salaire qui dépend en grande partie de leur capacité professionnelle et de leur ancienneté dans le métier. Pour nous résumer, nous dirons donc que les blessés oculaires de guerre — le mot blessé étant entendu dans son sens le plus large — sont indemnisés proportionnellement au degré de leur invalidité, telle que nous l'avons définie et proportionnellement à leur grade. Nous ajouterons que le taux d'indemnisation ne

pouvait être fonction du salaire ou des revenus de l'individu dans la vie civile. Il ne faut pas oublier que le point de vue militaire est, seul, en cause, dans l'attribution des pensions, et que, d'autre part, tout citoyen doit à l'Etat l'impôt du sang; dans ces conditions, il serait vraiment étrange que celui-ci soit abstreint à indemniser de façon absolue tout sujet qui subirait un dommage en défendant sa Patrie, ou bien alors il faudrait le tenir pour responsable des risques que tout citoyen court forcément pendant la guerre. Mais ce dernier principe admis, aurait alors pour conséquence d'imposer à l'Etat l'obligation d'établir une véritable assurance au profit de ses sujets pour les garantir contre ces risques !.

Les taux de gratification calculés d'après le degré d'invalidité et le grade, sont classés dans des barèmes. Le point de départ est le degré d'invalidité de 10 % qui ouvre le droit à une indemnité annuelle de 240 francs pour le soldat, et de 1.260 francs pour un général de division. Pour fixer les idées, nous reproduisons les taux maximum et minimum, les sommes intermédiaires étant allouées proportionnellement aux autres grades.

Taux d'indemnisation prévus pour un soldat en correspondance aux divers taux d'invalidité :

10 %.....	240 fr.	55 %.....	1.320 fr.
15 %.....	360	60 %.....	1.440
20 %.....	480	65 %.....	1.560
25 %.....	600	70 %.....	1.680
30 %.....	720	75 %.....	1.800
35 %.....	840	80 %.....	1.920
40 %.....	960	85 %.....	2.040
45 %.....	1.080	90 %.....	2.160
50 %.....	1.200	95 %.....	2.280
		100 %.....	2.400

Taux d'indemnisation prévus pour un général de division en correspondance aux divers taux d'invalidité :

10 %.....	1.260 fr.	55 %.....	6.930 fr.
15 %.....	1.890	60 %.....	7.560
20 %.....	2.520	65 %.....	8.190
25 %.....	3.150	70 %.....	8.820
30 %.....	3.780	75 %.....	9.450
35 %.....	4.410	80 %.....	10.080
40 %.....	5.040	85 %.....	10.710
45 %.....	5.670	90 %.....	11.340
50 %.....	6.300	95 %.....	11.970
		100 %.....	12.600

De l'examen des divers degrés d'invalidité résultant des 4.695 expertises, il s'ensuit que l'ophtalmologiste a été amené à formuler divers degrés dont le dédommagement n'a pas été prévu dans

les barèmes annexés à la loi de 1919, mais de par la loi même (article 9, paragraphe 3) ces taux seront indemnisés par les commissions de réforme aux taux immédiatement supérieurs. C'est ainsi qu'une invalidité de 18 % sera indemnisée au taux de 20 % par exemple, et l'invalidité de 5 % au taux de 10 %, et à ce propos une remarque s'impose.

En ce qui concerne les lésions oculaires, c'est un degré d'invalidité qui se présente relativement souvent (200 cas sur 4.695), et il est regrettable que son indemnisation exacte ne soit pas prévue, d'autant plus que de 10 % à 100 %, les incapacités sont indemnisées proportionnellement aux fractions d'invalidité de 5 %.

Enfin, en terminant, nous mentionnerons, à titre simplement documentaire, que les taux d'invalidités, proposés par l'ophtalmologiste expert au cours des 4.695 expertises, *en supposant* qu'ils aient été formulés pour un *simple soldat, célibataire, sans enfants*, et ne présentant pas d'autres lésions que les lésions oculaires, auraient été indemnisés par la *somme globale de 4.019.160 francs de rente annuelle*, soit environ une moyenne de 855 francs de rente annuelle pour chacun des expertisés.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir de l'ophtalmologiste-expert dans une expertise médico-légale d'ordre militaire.

Nous voudrions maintenant essayer de préciser l'attitude du médecin-expert en présence d'une lésion oculaire imputable à la guerre, ou au service, ou simplement aggravée; quelles sont les difficultés qu'il rencontre; quelle est sa responsabilité et l'intérêt qu'il y a pour lui d'étayer ses conclusions sur une observation complète.

Au cours de l'examen d'une affection oculaire, l'ophtalmologiste-expert ne doit pas oublier que c'est un certificat de constat qu'il a, avant tout, à rédiger. Il doit en éliminer tout ce qui n'est pas d'ordre purement médical et clinique. Il n'a pas, en principe, à s'occuper de rechercher si la lésion est imputable ou non aux événements de guerre, si elle est survenue du fait ou à l'occasion du service. Cette tâche incombe à l'autorité militaire qui, seule, a tout pouvoir pour ordonner les enquêtes utiles et

qui a à sa disposition tous les moyens d'investigation. Néanmoins, le médecin-expert est tenu de donner tout avis qui peut fournir des indications sur l'étiologie de l'affection et ne pas manquer de dire, à l'occurrence, si cette étiologie peut être médicalement rapportée aux faits de guerre, au service, c'est-à-dire à tout ce qui n'est pas contraire à la discipline, aux ordres réellement donnés, aux règlements en vigueur. Il aura à dire aussi si cette affection a été aggravée par les fatigues, les privations, les souffrances inhérentes aux événements de guerre ou imposées par le service.

Cette question de l'aggravation est un des points délicats de l'expertise d'une affection oculaire. Elle se pose dans deux circonstances bien précises. Dans le premier cas, l'affection existait au moment où le sujet est entré au service.

Supposons le cas d'un militaire myope d'un œil, emmétrope de l'autre, pris service armé au début de la guerre. Au bout de quatre ans et quelques mois de guerre sa myopie a progressé et sa vue a baissé, il demande une pension en dédommagement. Le médecin-expert chargé de l'examiner lui trouve une myopie de — 11 dioptries. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure la myopie s'est aggravée, mais pour cela il manque parfois un élément d'appréciation important. Cet élément, c'est l'état exact de la réfraction du sujet au moment de l'incorporation. Evidemment, le médecin-expert, s'appuyant sur le règlement des conditions d'aptitude physique au service armé peut supposer que

la myopie était, à l'incorporation, au maximum égale à — 7 dioptries, mais rien ne le prouve, d'où la grande difficulté d'apprécier dans quelle mesure la myopie de ce militaire s'est aggravée, puisque si nous connaissons le point d'arrivée, nous ignorons le point de départ, qu'il y aurait intérêt si grand à connaître.

Dans ce but, au cours de la guerre, il a été fait mention, sur le livret militaire, de l'état de réfraction oculaire de tout sujet examiné au centre ophtalmologique de la XIV^e région. Il serait utile que cette mesure soit généralisée, que tout militaire soit, à son incorporation, muni d'une fiche mentionnant aussi exactement que possible, l'état de ses yeux.

Dans le deuxième cas, l'affection survient au cours de la guerre ou du service. Un militaire au cours de son séjour au front est atteint de kératite interstitielle entraînant une opacité cornéenne qui provoque une diminution de l'acuité visuelle. Le malade demande un dédommagement, et c'est au médecin-expert d'apprécier le dommage, non pas évidemment causé par les faits de guerre ou de service, mais aggravé par eux. Dans quelle mesure les fatigues, les privations ont-elles influé sur l'évolution normale d'une kératite interstitielle banale ? Telle est la question qui se pose à l'ophtalmologiste-expert. C'est un problème de pathologie difficile à résoudre. Néanmoins, dans beaucoup des rapports que nous avons examinés, on a pu évaluer une aggravation, en particulier dans le cas d'une kéra-

tite d'origine interne avec leucome, on a apprécié le dommage à 10 % (pour l'aggravation) et non, par exemple, à 30 %, invalidité qui aurait dû être déterminée, si on avait fait intervenir la perte totale de la vision.

Il existe un autre point délicat, c'est celui de l'appréciation du dommage, quand celui-ci ne repose que sur l'évaluation de l'acuité visuelle et, d'une façon générale, sur les troubles subjectifs accusés par le malade et le blessé et, en particulier, les altérations du champ visuel. Dans ces circonstances, le médecin doit se garder d'appliquer de pures formules mathématiques; ici, plus que jamais, la clinique ne doit perdre ses droits.

Quand l'examen minutieux et complet ne révèle aucune lésion, il ne doit pas hésiter à faire remarquer, dans son rapport, que cet examen n'a donné lieu qu'à des constatations négatives et que rien ne motive *cliniquement* la baisse d'acuité visuelle ou les troubles subjectifs invoqués par le blessé ou le malade, ni, en conséquence, le dédommagement. Bien entendu, nous ne parlons pas des cas où la simulation ou l'exagération a été nettement déπισ-tée, soit par le diploscope, les verres non colorés, par les verres et les caractères colorés, etc...

Mais, pour que le médecin-expert oculiste puisse formuler de telles conclusions, il faut qu'il puisse les déduire d'une observation complète et, par ce terme, nous entendons non seulement l'examen complet de l'œil et de ses annexes, mais de toutes les autres parties du corps. D'autant plus que les

conclusions tirées de cette observation sont susceptibles d'être remises en question. C'est un point sur lequel nous ne saurions trop insister.

La loi sur les pensions militaires du 31 mars 1919 a consacré le principe de l'expertise médicale contradictoire. Le malade, le blessé ou l'infirmes qui postule une pension, peut se faire assister d'un médecin civil de son choix, devant la commission de réforme chargée de statuer sur son cas. Ce médecin doit formuler par écrit son avis sur l'état de son client, et cet avis sera obligatoirement mentionné dans le procès-verbal de la commission (article 9 de la loi du 31 mars 1919).

Si la solution donnée par la commission de réforme ne satisfait pas le blessé mutilé ou infirmes, celui-ci peut alors utiliser les voies de recours, mais toujours assisté de son médecin, que ce soit en conciliation, au tribunal départemental des pensions, ou à la cour d'appel régional des pensions.

En conséquence, les conclusions du premier expert qui fixe le taux d'invalidité doivent être à l'abri de toute critique. Il est donc nécessaire que le médecin expert oculiste ait toute latitude et toute facilité pour procéder à l'examen complet du blessé, malade ou infirmes, et qu'il ait à sa disposition tous les moyens scientifiques d'investigation qui lui permettront de faire un diagnostic aussi précis que possible. Dans son rapport, il ne doit pas omettre de noter tous les moyens auxquels il a eu recours (recherches de laboratoire, analyses, radiographie, radioscopie, etc...), et les résultats qu'ils

lui ont donnés, car ses conclusions n'en auront que plus de force et d'autorité. Son devoir professionnel lui impose d'examiner complètement et minutieusement tout sujet soumis à son observation et, d'autre part, sa responsabilité est trop fortement engagée pour qu'il n'use pas de tout autant d'initiative et de tout autant de facilités d'examen, que ne manquera pas d'user le médecin assistant du blessé, malade ou infirme.

Cette conduite à tenir semble s'imposer à tout médecin-expert oculiste, soit militaire soit civil, puisque celui-ci, de par le fait même de la législation, en date du 31 mars 1919, peut être appelé à donner son avis sur une lésion oculaire survenue du fait de la guerre ou du fait ou à l'occasion du service.

Le résultat de l'expertise sera consigné dans un rapport qui devra donc comprendre :

- 1° Une observation complète du blessé, malade ou infirme ;
 - 2° Un avis sur l'imputabilité ;
 - 3° Le taux d'invalidité ;
 - 4° Un avis indiquant si la lésion est définitive ou non ;
 - 5° Un avis indiquant si elle est susceptible ou non de pension de retraite.
-

CONCLUSIONS

I. — Nous avons nous-même étudié les 4.695 rapports d'expertise pour pensions, du Centre Ophtalmologique de la XIV^e région, dirigé par M. le professeur Rollet.

II. — Voici résumées les diverses lésions oculaires telles qu'elles résultent de l'examen de ces 4.695 rapports médico-légaux :

1° 2.175 *lésions du segment antérieur*, dont 2.007 dues à des traumatismes de guerre, soit : lésions de la cornée : 702; du cristallin : 632; de l'iris : 422; de la sclérotique : 200; du limbe : 51.

2° 2.639 *lésions du segment postérieur* dont 2.349 dues à des traumatismes de guerre, soit : lésions de la choroïde : 902; du nerf optique : 655; du vitré : 417; de la rétine : 320; du corps ciliaire : 55.

3° 1.088 *lésions des centres nerveux*, toutes dues à des traumatismes de guerre, dont 350 sans manifestations oculaires et 376 avec manifestations oculaires. Parmi celles-ci on note 204 plaies pénétrantes du crâne; 122 trépanations;

30 commotions cérébrales; 20 traumatismes de la face. En outre, 344 cas d'altérations du champ visuel et 18 cas de dyschromatopsie sont à signaler.

4° 983 *lésions des annexes*, dont 833 dues à des traumatismes de guerre, soit : lésions des paupières : 642, des muscles : 92; de l'appareil lacrymal : 79; de la conjonctive : 20.

5° 2.047 *lésions du globe oculaire*, dont 2.033 dues à des traumatismes de guerre, soit : pertes du globe : 1.486; se répartissant en 1.425 pertes totales par énucléation d'une part, avulsion par projectiles d'autre part, et 61 pertes partielles par exentération et amputation du segment antérieur; atrophies du globe : 186; corps étrangers : 173 ; plaies pénétrantes : 126 ; contusions : 62.

6° 519 *lésions de l'orbite*, toutes dues à des traumatismes de guerre, soit : lésions du pourtour orbitaire : 353, et spécialement du rebord supéro-externe (243); corps étrangers de l'orbite : 120; énoptalmies : 22; lésions des parois orbitaires : 21, et spécialement de la paroi inférieure (12); exoptalmies : 3.

7° 19 *lésions des cavités périorbitaires*, dues toutes à des traumatismes de guerre, soit : lésions du sinus frontal : 8; du sinus maxillaire : 4; de la fosse ptérygo-maxillaire : 3; du sinus sphénoïdal : 2; de la fosse temporale : 1; des fosses nasales : 1.

8° 557 *vices de réfraction*, soit : astigmatismes : 288; myopies : 177; hypermétropies : 92.

9° 8 *maladies générales*, pouvant donner lieu à des manifestations oculaires, soit : albuminuries : 5; diabète : 1; tabes : 1; hémiplégie : 1.

Au total : 10.035 lésions.

III. — Les diverses parties constitutives de l'appareil de la vision qui ont été le plus souvent intéressées par les traumatismes de guerre, sont par ordre de fréquence :

Globe oculaire pris dans son ensemble : 2.033 lésions. — Segment antérieur de l'œil : 2.007 lésions. — Fond d'œil : 1.777 lésions. — Annexes de l'œil : 833 lésions. — Centres nerveux optiques : 738 lésions. — Orbite : 519 lésions. — Vitré : 417 lésions. — Corps ciliaire : 55 lésions. — Au total, 8.379 lésions de guerre intéressant les divers segments des yeux, résultent des 4.695 expertises.

IV. — Les principales interventions de chirurgie oculaire nécessitées par les lésions de guerre sont, d'après les 4.695 expertises, et par ordre de fréquence :

Enucléations : 1.425. — Extractions de cataracte : 243. — Iridectomies : 131. — Blépharoplasties : 81. — Extractions d'éclats à l'électro-aimant : 56. — Exentérations de l'œil : 50. — Amputations du segment antérieur : 11. — Orbitotomies externes du professeur Rollet : 3.

V. — Les taux d'invalidité tels qu'ils ont été proposés par l'ophtalmologiste expert au cours des 4.695 expertises peuvent se grouper de la façon suivante :

Taux de 0 % : 464. — Taux de 2 % à 10 % (exclus) : 245. — Taux de 10 % à 30 % (exclus) : 1.046. — Taux de 30 % à 50 % (exclus) : 1.629. — Taux de 50 % à 80 % (exclus) : 928. — Taux de 80 % à 125 % (inclus) : 383.

En admettant que tous ces taux aient été acceptés par la Commission de réforme, et qu'il se soit agi de simples soldats (nous n'avons pas fait de statistique suivant les grades), célibataires, sans enfants, et atteints uniquement de lésions oculaires; leur indemnisation représenterait une somme globale de 4.019.160 francs de rente annuelle, soit environ une moyenne de 885 francs par tête et par an accordés aux 4.695 expertisés.

Vu : *Le Président de la thèse,*

Etienne ROLLET.

Vu : Pour le Doyen,

L'Assesseur,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Mai 1920.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM. — Diagnostic ophtalmoscopique, Berlin, 1914.
- ALLARY (Ch.). — Droit des médecins et des hospices dans l'hospitalisation des accidents de travail (thèse de Bordeaux, 1907).
- ANDRÉ LOUIS. — Les accidents de travail (Paris, Larousse, édit.).
- ARLT (de). — Des blessures de l'œil (traduction de Haltenhoff, Paris 1877).
- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie (Steinheil, édit., 1914).
- BAUDRY. — Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes (Paris, Vigot, édit., 1908).
- Blessures de l'œil à la suite d'accidents de travail (Paris, Vigot, édit., 1906).
- CAILLAUD. — Guide du médecin oculiste dans les accidents de travail (Paris, Rousset, édit., 1908).
- COUTELAS. — Incapacités permanentes d'origine oculaire et de leur indemnisation au point de vue militaire (*Archives d'ophtalmologie*, janvier-février, 1916).
- Des troubles visuels par commotion crânienne (Rapport à la *Société d'ophtalmologie*, 7 mai 1917).

- CRETIN. — Loi du 31 mars 1919 sur les pensions pour blessures et maladies contractées au service (Charles Lavauzelle, Paris, 1919).
- DARIER. — Blessures oculaires de la guerre (*Journal de médecine et de chirurgie*, 25 avril 1915).
- DELORME (E.) — Essais ophtalmoscopiques (thèse, 1871-72).
— Médecin-inspecteur, *Précis de chirurgie de guerre* (1914).
- DUCO et BLUM. — Guide du médecin dans les expertises médico-légales militaires (collection Horizon Masson, édit.).
- FORGUE et JEAMBEAU. — Guide du médecin dans les accidents de travail (Paris, Masson, édit.).
- FUCHS. — Ophtalmologie (Steinheil, édit., Paris).
- GARNAUD. — Guide de l'expert aux commissions de réforme (Paris, Masson, édit.).
- GENET. — Hémianopsie d'origine corticale, évaluation des indemnités (*Annales d'oculistique*, novembre-décembre 1915).
- GINESTOUS. — Les blessures oculaires de guerre (*Progrès médical*, 9 juin 1917).
— Des désordres oculaires médiats ou indirects par armes à feu (*Ac. de médecine*, 17 mai 1914).
- HAAB. — Atlas manuel d'ophtalmoscopie (Baillière, édit., Paris, 1896).
- HORMING. — Lésions oculaires par armes à feu (*Annales d'oculistique*, 1872, deuxième semestre).
- LAGRANGE. — De l'appréciation des indemnités militaires concernant l'appareil de la vision (*Archives d'ophtalmologie*, mars-avril 1916).
— Les fractures de l'orbite (collection Horizon, Masson, édit., 1917).
— Atlas ophtalmoscopique de guerre (Masson, édit., 1918).

- LAGRANGE et VALUDE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie (Doin, édit.).
- LANDOLT. — A propos des désordres oculaires dus au seul déplacement de l'air par explosions de gros projectiles (*Réunion médicale de la VI^e armée*, 4 novembre 1915).
- LAURENT. — Guerre en Bulgarie et en Turquie (1916).
- MACKENSIE. — Traité pratique des maladies de l'œil (1857).
- MALLARD (Louis). — Traité complet de l'expertise judiciaire (Paris, Marchal et Billard, édit.).
- MANGINI. — Hémorragies et ruptures des membranes profondes de l'œil par blessures de guerre, sans altération apparente du globe (thèse de Lyon, 1915).
- MARTIGNON. — Les enseignements médicaux de la guerre russo-japonaise (1908).
- MAWAS. — Le syndrome commotionnel oculaire (*Soc. d'ophtalmologie*, 22 mars 1917).
- MORAX. — Traité d'ophtalmologie (Paris, Masson, édit., 1907).
- MÉRIC DE BELLEFOND. — Coup de feu dans l'orbite (thèse de Paris, 1910).
- NIMIER et LAVAL. — Les explosions, poudre, projections d'exercice, leurs actions et effets vulnérants (Paris, 1899).
- OLLIVE et le MEIGNEN. — Les accidents de travail. Médecine légale et jurisprudence (Paris, F.-B. de Rudenval, édit.).
- OBELIANNE. — Les pensions des victimes de la guerre (La nouvelle loi du 31 mars 1911 sur les pensions militaires, Ch. Lavauzelle, édit., 1919).
- ÖLLER. — Atlas d'ophtalmologie (Wiesbaden, 1900).
- PANAS. — Traité des maladies des yeux (Paris, 1894).
- PRIEUR (Léon). — Loi nouvelle du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. Etude médico-légale de

- la condition et de la présomption d'origine (Lavauzelle, édit., Paris, 1919).
- Presse médicale*, 1914-1920. Analyse des sociétés savantes. — Organisation des centres de spécialités (10 février 1915).
- Rapports des centres ophtalmologiques* (1914-1919).
- Rapports médico-légaux d'expertise du centre ophtalmologique de la XIV^e région* (professeur Rollet, chef du centre).
- Recueil des documents* sur les accidents de travail réunis par le Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale (Berger Levrault, édit., Paris).
- Recueil spécial des accidents du travail* (Paris, année 1909 et suivantes).
- ROLLET. — *Traité d'ophtalmologie* (Paris, 1898, Masson, édit.).
- *Rapports de la XIV^e région* (1914-1919).
 - *L'œil et le revolver* (*Revue générale d'ophtalmologie* (janvier 1909).
 - *Hémorragie de l'orbite* (*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, tome VIII).
 - *Hématome des gaines du nerf optique* (*Revue générale d'ophtalmologie*, p. 49, 1906).
- SCHROETTERS. — *Contribution à l'oculistique des armées; blessures de l'œil et des annexes par armes de guerre* (*Annales d'oculistique*, 1872, deuxième semestre).
- SOUlié et LABAU. — *La nouvelle loi des pensions militaires à la portée de tous* (éditions et librairie, Paris 1919).
- SULZER. — *Rapport congrès de la Société d'ophtalmologie* (1904).
- TERRIEN. — *De quelques troubles oculaires consécutifs à l'éclatement d'obus* (*Archives d'ophtalmologie*, mai-juin 1915).
- *Ophtalmologie* (Baillière, édit., Paris, 1914).

TRUCK, VALUDE et FRENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, Maloine, édit., Paris, 1908).

VINCENT. — Notice sur les pensions et gratifications et l'organisation et le fonctionnement des commissions de réforme (Charles Lavauzelle, édit., Paris).

VACHET (G.). — Des lésions choroïdiennes de guerre avec intégrité du globe d'après 209 observations (thèse de Lyon, 1920).

VALLAT. — Accidents de travail des ouvriers des usines et établissements de la guerre (collection Horizon, Masson, édit.).

WECKER (Al.) et JAEGER (Al.). — Traité pratique des maladies des yeux (1868).

WECKER (Al.) et MASSELON. — Ophtalmoscopie clinique (Douin, édit., 1891).

YARR. — Manuel of military ophtalmology (London, Cassel).

TABLE DES MATIERES

	Pages.
AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — L'expertise d'une lésion oculaire	13
CHAPITRE II. — Affections oculaires d'après les 4.695 expertises	36
CHAPITRE III. — Invalidités résultant de 4.695 expertises	57
CHAPITRE IV. — Conduite à tenir de l'ophtalmologiste-expert dans une expertise médico-légale d'ordre militaire	89
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	99

